

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra tělesné výchovy

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Pravidelný pohyb a jeho vliv na vývoj dětí s mentálním postižením

Regular physical activities and its influence on the development of children
with mental disabilities

Bc. Klára Vaňková

Vedoucí práce: Mgr. Martin Pádivý

Studijní program: Učitelství pro střední školy

Studijní obor: N TV-ZSV

2019

Odevzdáním této diplomové práce na téma Pravidelný pohyb a jeho vliv na vývoj dětí s mentálním postižením potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Mladé Boleslavi dne 5.12 2019

.....

podpis

Chtěla bych poděkovat panu magistru Pádivému, jakožto vedoucímu práce, za cenné rady a informace, dále také všem pedagogům a cvičencům ze Základní školy speciální, za skvělý přístup a pozitivní energii.

ABSTRAKT

Cílem diplomové práce je vytvoření uceleného souboru cviků pro žáky s mentálním postižením, navštěvující základní školu speciální. Soubor cviků bude využíván, jako každodenní rozcvička, kterou budou mít děti zařazenou před začátkem vyučování ve společenské místnosti. Rozcvička bude probíhat vždy ve stejný čas na stejném místě, aby si děti snadněji vytvořily pohybový návyk. V rozcvičce se zaměřím zejména na problémové partie žáků, jako jsou svalové dysbalance, ochablé a zkrácené svaly zad. Tyto problémy vychází z dlouhodobého sezení ve školních lavicích, ale také z odlišné stavby těla těchto dětí. Musím však brát v potaz zdravotní stav žáků a jejich mentální úroveň, aby byly schopni cviky vůbec provést. Proto je nezbytné výběr cviků konzultovat se zkušenými pedagogy a prostudovat odbornou literaturu. Cviky by měly sloužit k vytvoření pohybového návyku a zlepšit jejich motorické schopnosti a dovednosti, zároveň také napravit svalové dysbalance. Úkolem cvičenců bude samostatně zvládnout soubor cviků a vytvořit si pohybový návyk. Pro snadnější zapamatování rozcvičky budou cviky doplněny o říkanku, která děti provede celou testovou baterií. V průběhu testování budu zaznamenávat, zdali testování říkanku již zvládají samostatně bez nápovědy, a zdali jsou schopni soubor cviků provést samostatně ve správném provedení a pořadí.

KLÍČOVÁ SLOVA

Mentální retardace, pohybová cvičení, rozcvička, postižené děti, pohybový návyk

ABSTRACT

The aim of thesis is to create a comprehensive set of excercises for students with mental disabilities, attending primary school special. The set of excercises will be used, as a daily workout, with the children will have influenced in the common room before class begins. The warm –up will always take place at the same time in the same place to make it easier for children to develop a mobility habit. In the warm up, I will particularly focus on problem parts of students such as muscle dysbalance, flaccid and shortened back muscles. These problems stem from a long-term session on the school benches, but also from the different body structure of these children. However, I must take into account the health of the students and their mental level so that they are able to carry out the excercises at all. It is therefore necessary to consult with experienced educators and to study professional literature. The excercises should serve to create a mobility habit and improve their motor skills, while also repairing muscle dysbalance and strengthening and stretching back muscles.

KEYWORDS

Mental retardation, excercise, warm up exercises, children, mobility habit

Obsah

1	Úvod	7
2	Cíle práce a problémové otázky	9
2.1	Cíle práce	9
2.2	Problémové otázky	9
3	Teoretická část	10
3.1	Klasifikace mentální retardace	10
3.1.1	Nejčastější příčiny mentální retardace	13
3.1.2	Chování dětí s mentální retardací	14
3.1.3	Charakteristika osob s mentální retardací v dětství a rané dospělosti	15
3.2	Somatické zvláštnosti motoriky u dětí s mentální retardací	18
3.3	Význam pohybových dovedností u mentálně postižených	20
3.3.1	Hrubá motorika	21
3.3.2	Jemná motorika	23
3.4	Vliv narušené hybnosti na rozvoj osobnosti a kognitivní procesy	24
3.4.1	Rozvoj osobnosti	24
3.4.2	Kognitivní procesy	25
3.5	Vzdělávání žáků s mentální retardací – předškolní a základní vzdělávání	25
3.5.1	Předškolní vzdělávání	25
3.5.2	Základní vzdělávání	27
3.6	Základní škola speciální v Mladé Boleslavi	30
3.7	Vzdělávání žáků s mentálním postižením a dodržování didaktických zásad	33
3.7.1	Základní pravidla pro vytvoření rozcvičky	36
3.8	Jóga jako inspirace pro tvorbu ranní rozcvičky	37
3.8.1	Pozdrav slunci	38

4	Hypotézy.....	42
5	Výzkumná část	43
5.1	Metody a postup práce	43
5.1.1	Popis použitých metod	43
5.1.2	Zvolený postup práce.....	43
5.1.3	Výzkumný vzorek	44
5.1.4	Organizace výzkumu	46
5.2	Analýza	47
5.2.1	Testová baterie.....	47
5.2.2	Popis výzkumu	50
5.2.3	Výsledky výzkumu.....	51
6	Diskuze	71
7	Závěry.....	75
8	Seznam použitých informačních zdrojů	77
9	Seznam obrázků.....	80
10	Seznam grafů	81
11	Seznam příloh	82

1 Úvod

Tato diplomová práce vznikla díky spolupráci se Základní školou Mladá Boleslav, jako příručka ranní rozcvičky pro děti s mentálním postižením. Cílem práce je vytvořit ranní rozcvičku pro děti s mentálním postižením. Konkrétně se jedná o děti ve věkovém rozmezí od sedmi do dvanácti let, s mentální retardací, která je často doprovázena i přidruženými onemocněními jako je například epilepsie. Dalším přidruženým onemocněním, na které se v práci zaměřením je obezita, což bohužel v dnešní době není problém jen mentálně postižených, ale i mnohých zdravých dětí.

Jak je všeobecně známo pohyb je pro člověka velmi důležitý a stává se nedílnou součástí každodenního života. Moderní doba však nabízí mnohé vymoženosti, které nám náš pohyb omezují. Ať už se jedná o běžnou chůzi do práce, na nákup nebo jen návštěva kamaráda, zde všude máme možnost se běžnému pohybu vyhnout, ať už využitím městské hromadné dopravy nebo vlastního motorového prostředku. Aneb dnes se člověk snaží omezit svůj pohyb na minimum.

Cílem mé diplomové práce je přesný opak. Budu se snažit vštípit pravidelné pohybové návyky dětem s mentálním postižením. Tyto děti mívají problém i s běžnými úkony, jako je např. chůze po městě nebo překonání jednoduchých překážek. Proto jsem navrhla soubor jednoduchých cviků doprovázených lehce zapamatovatelnou říkankou, přesně pro jejich potřeby a emoční vyspělost. Pro mnohé zdravé jedince, jsou některé pohyby natolik zautomatizované, že si ani nepřipouštíme, že mohou být mezi námi tací, kteří mají velký problém i s běžnou chůzí. Natož pak se složitějšími pohybovými vzorci, které jsou pro ně mnohdy jen těžko zvladatelné, ba dokonce nemyslitelné. Proto se v této práci snažím vytvořit za pomoci speciální základní školy, soubor pohybových prvků, které pomohou jedincům s mentální retardací, usnadnit každodenní život, zlepšit jejich fyzickou kondici a hlavně, docílit pravidelných pohybových návyků, které mnohým z nich chybí. Mým cílem není vychovat z těchto dětí sportovce, ale napomoci jim uchovat si pohybový návyk, který jim v budoucnosti může zlepšit jejich kvalitu života.

Nemalý podíl na osvojování vytvořených cviků mají učitelé těchto mentálně postižených dětí. Z počátku se děti učí správné provedení cviků, poté by učitelé měli žáky dovést až

k jejich úplnému osvojení. Individuální přístup ke každému jedinci je klíčem ke správnému provedení a osvojení cviků.

Doufám, že mé cviky se jedincům za pomoci jejich učitelů podaří osvojit a stanou se součástí jejich běžného života. Zlepší si své pohybové návyky a docílí tak zdravějšího životního stylu.

2 Cíle práce a problémové otázky

2.1 Cíle práce

Hlavním cílem práce je vytvořit ranní rozcvičku pro děti s mentální retardací. Rozcvičku by si mělo každé dítě za pomoci učitele osvojit a měli bychom docílit pravidelného pohybového návyku, který přispěje k lepší kvalitě jejich života.

Dílčí cíle práce:

- Vytvořit ucelený soubor snadno zapamatovatelných cviků pro děti s mentální retardací.
- Ověřit vhodnost a funkčnost cviků za pomoci základní školy speciální.
- Docílit správného osvojení cviků za pomoci učitelů.
- Vybudovat trvalý pohybový návyk.
- Motivovat žáky ke cvičení, zjistit, zdali je cvičení zaujalo.
- Zmírnit svalové dysbalance a vady páteře.

2.2 Problémové otázky

- Podaří se nám vytvořit ucelený soubor cviků pro děti s mentálním postižením?
- Bude námi vytvořená rozcvička vhodná pro děti s mentální retardací?
- Dokáží si děti vytvořený soubor cviků osvojit ve správné podobě?
- Osvojí si děti říkanku, doprovázející testovou baterii?
- Pomůže dětem říkanka s návazností cviků a motivuje je ke cvičení?
- Položím pomocí ranní rozcvičky základ pro každodenní pohybový návyk?

3 Teoretická část

3.1 Klasifikace mentální retardace

„Mentální retardace představuje snížení úrovně rozumových schopností, které se v psychologii obvykle označují jako inteligence. Tento velmi často užívaný pojem však dosud nebyl uspokojivě definován a psychologové se již velmi dlouhou dobu pokoušejí o jeho přesnější vymezení.“ (Švarcová, 2011 str. 36) Inteligence je vyjadřována inteligenčním kvocientem, který objevil W. Sterner.

Obecný vzorec pro výpočet inteligenčního kvocientu:

$$IQ = \frac{\text{mentální věk}}{\text{chronologický věk}} \times 100$$

U osob s mentální retardací bývají často přidružena i jiná onemocnění jako jsou další vývojové poruchy, epilepsie, přidružené chorobné stavy, jako je autismu, dále také poruchy chování nebo tělesná postižení.

Mentální retardace	IQ, mentální věk	Charakteristika	Řeč
Lehká	IQ 50-60, 9-12 let	Samostatní v sebezpečí, dodržují hygienické návyky, do jisté míry vzdělavatelni a vychovatelní.	Opožděná, zachována však základní schopnost porozumění a udržení komunikace.
Středně těžká	IQ 35-49, 6-9 let	Omezena schopnost samoobsluhy a zručnosti jen jednoduchá manuální práce s dohledem, nestálost nálady, zkratkovité jednání impulzivita.	Výrazné opoždění rozvoje a chápání řeči, jednoduchá komunikace, někteří se nenaučí mluvit nikdy.
Těžká	IQ 20-30, 3-6 let	Závislí na péči druhých, častější výskyt organického postižení-epilepsie, poruchy motoriky, afektivní labilita, impulzivita.	Komunikace převážně nonverbální, neartikulovatelné výkřiky.

Obrázek 1 Popis mentální retardace (Švarcová, 2011 str. 37)

Mentální retardace je snížená schopnost inteligence. Dělí se podle Mezinárodní klasifikace nemocí do šesti kategorií:

- lehká mentální retardace;
- středně těžká mentální retardace;
- těžká mentální retardace;
- hluboká mentální retardace;
- jiná mentální retardace;
- nespecifikovaná mentální retardace.

Lehká mentální retardace IQ 50-69

Nejčastější forma mentální retardace. Dle statistik jí trpí 80-85 % postižených. Tito lidé jsou schopni komunikovat v běžném životě, přestože v dětství bývá vývoj řeči opožděný. Zvládají samostatně uspokojovat základní lidské potřeby, jako je hygiena, jídlo, pití, oblékání, čištění zubů... I když i tento vývoj je u této formy většinou opožděný. Větší potíže obvykle nastávají až s příchodem povinné školní docházky. Dochází k problémům se čtením a psaním spojených s dyslexií a dysortografií. Dyslexie je specifická porucha učení, která může být buď vrozená, nebo získaná v průběhu života. Projevuje se většinou v první třídě, kdy má dítě potíže se čtením. Tyto problémy přetrvávají po celou dobu studia a musí být brány v potaz. Mezi další specifickou poruchu učení řadíme dysortografii. Dysortografie je porucha spojená se zvládnutím pravopisu. I zde musíme být trpěliví a ohleduplní, protože žáci nejsou schopni si některé zákonitosti zcela osvojit. Měli bychom u těchto dětí rozvíjet jejich dovednosti a kompenzovat jejich neúspěchy. Většina lidí s lehkou formou mentální retardace jsou schopni se zapojit do pracovního života a vykonávat kvalifikované nebo málo kvalifikované manuální práce.

Problémy většinou nastávají v emoční a sociální rovině, kdy jedinec není schopen vyhovět všem požadavkům dnešní společnosti. Proto většinou tito lidé neuzavírají manželský svazek, nebo nezakládají rodiny. Protože nejsou schopni samostatně řešit problémy plynoucí z běžného života. V diagnóze těchto osob většinou nalezneme slabomyslnost, lehkou mentální subnormalitu a lehkou oligofrenii. (Švarcová, 2011)

Středně těžká mentální retardace IQ 35-49

Toto onemocnění se vyskytuje zhruba u 10 % postižených. Tito jedinci obecně mají problém s chápáním a užíváním řeči. Dále také nezvládají běžné denní návyky, jako je osobní hygiena, soběstačnost a zručnost. Ve škole nastávají také problémy. Avšak díky specializovaným pedagogům, tyto děti většinou zvládnou základy trivia (čtení, psaní, počítání). Ke zvládnutí trivia přispívá i speciální rámcový program, určený pro základní školy speciální. Podle kterého si škola vypracuje školní vzdělávací program. V těchto školách se žáci hodnotí pouze slovně. Nejsou zatěžovány číselným známkováním, které by zde nebylo objektivní.

V dospělosti jsou postižení schopni vykonávat jasně a přesně zadanou a strukturovanou manuální práci s odborným dohledem. Často jsou pro ně zřizovány chráněné dílny, kde mají možnost zapojit se do pracovního procesu. Zcela samostatný běžný život však ve většině případů není možný. Pohybové omezení však u těchto osob nebývá. Většinou se jedná o plně pohyblivé jedince, kteří jsou fyzicky aktivní a zdatní. Diagnostikování těchto dětí bývá velmi obtížné a zpravidla zahrnuje středně těžkou mentální subnormalitu a středně těžkou oligofrenii. (Švarcová, 2011)

Těžká mentální retardace IQ 20-34

Toto postižení se vyskytuje zhruba u 5 % osob s mentální retardací. Projevy jsou velmi podobné jako u střední mentální retardace. Avšak tito lidé většinou nezvládají ani trivium, ale jsou schopni si osvojit mnoho užitečných dovedností. Trivium tedy čtení, psaní a počítání je vyučována ve velké míře hrou a praktickými ukázkami. Většina pacientů s těžkou mentální retardací trpí poruchou motoriky nebo jinými přidruženými vadami, jako je epilepsie, chybný vývoj nervového systému a další onemocnění. Neměli bychom však ani u těchto osob vzdělávání úplně vynechat. Je totiž prokázáno, že kvalifikovaná, výchovná a vzdělávací péče vede k rozvoji motoriky, komunikace a rozumových schopností, což umožňuje zlepšit kvalitu jejich života. Diagnóza těžké mentální retardace zahrnuje hlubokou mentální subnormalitu a hlubokou oligofrenii. (Švarcová, 2011)

Hluboká mentální retardace: IQ je nižší než 20

Vyskytuje se zhruba u 1 % pacientů. Většina dětí je imobilních, vyžadují stálou péči a dohled. Komunikují pouze rudimentární neverbální komunikací. Mezi rudimentální komunikaci řadíme např. úsměv nebo pláč. Mají mnoho přidružených chorob, především atypický autismus. Atypický autismus je jednou z forem autismu, kde nejsou přítomny všechny zásadní autistické rysy. Je diagnostikován často u dětí. Diagnóza obsahuje hlubokou mentální subnormalitu a hlubokou oligofrenii. (Švarcová, 2011)

Jiná mentální retardace

Tato kategorie je použita pouze tehdy, když stanovení stupně intelektové retardace pomocí obvyklých metod je zvláště nesnadné nebo nemožné pro přidružení jiného senzorického nebo somatického poškození, např. u nevidomých, neslyšících nebo hluchoněmých. (Švarcová, 2011)

Nespecifikovaná mentální retardace

Využívá se tehdy, je-li mentální retardace prokázána, ale není dostatek informací, aby bylo možno pacienta zařadit do jedné z výše zmíněných kategorií. (Švarcová, 2011)

3.1.1 Nejčastější příčiny mentální retardace

Existují dva pohledy na možnost vzniku mentální retardace. „*První z nich je role dědičného faktoru a druhé vliv prostředí a výchovy na vývoj člověka.*“ (Švarcová, 2011 str. 43) Vnitřní genetická příčina je uložena v pohlavních buňkách každého jedince, vnější se vyskytuje již od doby početí po období raného dětství.

Mezi nejčastější příčiny mentální retardace řadíme infekce a intoxikace. Mezi nejčastější infekce řadíme prenatální infekci. Mezi prenatální infekci řadíme např. toxoplazmózu, pásový opar, kongenitální syfilis, zarděnky, cytomegalovirus a další.

Další příčiny mohou být úrazy nebo fyzikální jevy. Zde se jedná například o mechanické poškození mozku při porodu, postnatální poranění mozku nebo hypoxii. Mezi další příčiny řadíme poruchy výměny látek, růstu a výživy, makroskopické léze na mozku, nemoci a stavy způsobené jinými nespecifickými prenatálními vlivy, anomálie chromozomů (Downův

syndrom), nezralost, vážné duševní poruchy, psychosociální deprivace nebo jiné a nespecifické etiologie.

Příčiny mentální retardace však ani zdaleka nejsou zcela prozkoumány. Dalo by se říci, že výzkum příčin je i přes velké pokroky medicíny stále v plenkách. Je prokázáno, že výše zmíněné příčiny mentální retardace jsou uváděny zhruba u ¼ pacientů. Ostatní postižení mají neurčitý původ nemoci, což může vést u rodičů dětských pacientů k hledání viny a odpovědnosti. Přestože je mentální retardace ne zcela probádaná, měli bychom vědět o možnostech prevence jejího vzniku.

Prevenci rozdělujeme do dvou typů. **Primární prevence**, která je zaměřená na zamezení vzniku fyzické, intelektové, psychické či smyslové vady. A **sekundární prevence**, která se zabývá omezením následků vad. Mezinárodní liga společností pro mentálně postižené formulovala desatero zásad, jejichž dodržování by mělo přispět k eliminaci možnosti vzniku mentálního postižení.

1. Kontrola ženy u lékaře nejméně tři měsíce před plánovaným početím
2. Pestrá strava nastávající matky
3. V průběhu těhotenství nekonzumovat alkohol
4. Očkovat proti zarděnkám a hepatitidě typu B
5. Nekouřit
6. Provést vyšetření v genetické poradně
7. Kontrolovat a konzultovat s lékařem používání medikamentů
8. Vyvarovat se RTG záření
9. Nevystavovat se infekčním nemocím
10. Pravidelně navštěvovat svého lékaře (Švarcová, 2011)

3.1.2 Chování dětí s mentální retardací

Každý postižený je svébytná lidská bytost, která má své charakteristické rysy. Avšak u mentálně retardovaných dětí jsou některé rysy společné a odlišují je od běžné populace.

„Lehká a střední mentální retardace se klinicky projevuje zejména:

- *zpomalenou chápavostí, jednoduchostí a konkrétností úsudků;*
- *sníženou schopností až neschopností komparace a vyvozování logických vztahů;*

- *sníženou mechanickou a zejména logickou pamětí;*
- *těkavostí pozornosti;*
- *nedostatečnou slovní zásobou a neobratností ve vyjadřování;*
- *poruchami vizuomotoriky a pohybové koordinace;*
- *impulzivností, hyperaktivitou nebo celkovou zpomaleností chování;*
- *citovou vzrušivostí;*
- *nedostatečným rozvojem volných vlastností a sebereflexe;*
- *sugestibilitou a rigiditou chování;*
- *nedostatky v osobní identifikaci a ve vývoji „já“;*
- *opožděným psychosexuálním vývojem;*
- *nerovnováhou aspirací a výkonů;*
- *zvýšenou potřebou uspokojení a bezpečí;*
- *poruchami v interpersonálních skupinových vztazích a v komunikaci;*
- *sníženou přizpůsobivostí k sociálním požadavkům a některými dalšími charakteristickými znaky. “*

(Švarcová, 2011 str. 47)

3.1.3 Charakteristika osob s mentální retardací v dětství a rané dospělosti

Děti s mentální retardací se vyvíjí jinak než ostatní děti. Mají své vlastní tempo a svůj vlastní řád. Vývoj jejich intelektových schopností většinou bývá opožděn a končí dříve než u zdravých jedinců. Od staršího školního věku, což je období mezi dvanáctým a patnáctým rokem se vývoj intelektových schopností zastavuje. Děti však musí dále rozvíjet své doposud získané dovednosti a zkušenosti. Většinou se jedná o děti s velmi rozvinutou fantazií.

Jak je známo edukační proces, je založen na znalostech vývojových období dítěte. A výuka by měla být přizpůsobena vývojovému stádiu, ve kterém se dítě právě nachází. Pokud je mentální retardace způsobena poškozením CNS¹ pak se ve vývoji dítěte projevují i další známky organicity. Jedná se zejména o poruchy pozornosti, poruchy aktivity a nerovnoměrnosti dílčích schopností. Podle Říčana a Krejčířové se spolu s opožděním kognitivního vývoje objevují i další poruchy chování, i když přímo nepatří k projevům

¹ CNS – centrální nervová soustava

mentální retardace. Může se jednat o stereotypní automatizmy (kývání, bouchání hlavou apod.), agresivní projevy nebo sebepoškozování. Automatické pohyby jsou běžné u dětí kojeneckého věku, u dětí mentálně retardovaných však přetrvávají déle, než odpovídá dosažené mentální úrovni.

Tyto děti mají omezené schopnosti přizpůsobit se změnám a nejrůznějším životním situacím, proto jsou také více zranitelné. S tím souvisí i výskyt dalších přidružených chorob psychického rázu. Často se jedná o poruchy přizpůsobení nebo emoční poruchy. Tyto děti jsou více ohroženy depresemi a úzkostmi se somatickými projevy. Za somatické projevy považujeme poruchy spánku, nechut' k jídlu a obecnou tlumenost. Která však může být způsobena užívanými léky. Všechny děti, i ty co mají hlubokou mentální retardaci, jsou velmi citlivé na emoční projevy ze svého okolí. Silně reagují například na konflikty v rodině. Tyto přidružené psychické potíže jsou u nich však těžce rozpoznatelné, protože o nich nedokáží komunikovat. Projevují se většinou fyzickými změnami.

Období mladé dospělosti můžeme chápat jako přechodové mezi adolescencí a plnou dospělostí. V této etapě mladý člověk prožívá mnoho změn. Snaží se upevnit si svou identitu, upřesnit si své cíle, nalézt vhodné pracovní zařazení, potkat osudového partnera a v neposlední řadě, založit si svou novou rodinu. V mladé dospělosti si zkrátka upevňujeme své životní cíle a postoje. S tím souvisí i pojem osobní zralost. Osobní zralost můžeme definovat jako ekonomickou nezávislost, schopnost navazovat hluboké emoční vztahy, naplňovat svůj potenciál a být přiměřeně sebevědomý a autentický. Výrazným mezníkem v tomto období bývá dokončení vzdělání a realizování pracovní činnosti, která zajišťuje jedinci odtržení se od ekonomické závislosti na rodičích. Dalším mezník v emoční rovině je časté uzavírání manželství. Langmeier a Krejčová dle svého výzkumu vidí uzavření svazku manželského, jako velký test osobní zralosti. S manželstvím také většinou přichází zvládání nových sociálních rolí. Ať už je to role manžela nebo manželky a později role rodiče, ochránce a vychovatele. Rodičovství mění chod dosavadního života obou partnerů a rozvrací poklidný a nezávazný životní styl. Narůstají povinnosti s péčí o dítě. Vznikají nové, vyšší, finanční nároky a sociální očekávání. Proto vypořádání se s novou rolí, jakožto rodiče živitele, vychovatele a ochránce, nemusí být a ani mnohdy není, snadné i pro zdravé jedince.

Avšak vše již zmíněné se ne zcela uskutečňuje u osob s mentální retardací. Jejich možnosti jsou totiž v pracovním zařazení, volbě partnera a budování nové rodiny značně omezené. Velmi často tito lidé potřebují velkou podporu, aby byli schopni alespoň z části, najít svoji identitu a roli v životě. Zisk pracovního místa je pro lidi s mentální retardací velmi důležitý. Vede totiž u nich k rozvoji kompetencí, důvěry v sebe sama, zodpovědnosti a zařazení se do společnosti, jako její právoplatný občan. Nezaměstnanost může vést u osob s mentální retardací k projevům agrese k lidem bez postižení. Pokud práci nezískají, nebudují si pracovní návyky a mají značně omezenou schopnost navazovat mezilidské vztahy. Většinou se však tito lidé se svým hendikepem smíří, a pokud se rodině nepovede je zařadit do běžného pracovního života, mají možnost je umístit do chráněných dílen.

Co se týče otázky budování rodiny a vlastního bydlení, zde se ukázalo být vhodné podporované bydlení a komunitní tréninkové domy samostatného bydlení. Dalšími možnostmi je soužití s rodiči nebo chráněné bydlení. K samostatnému bydlení napomáhá zákon na podporu samostatného bydlení.

Existují různé možnosti samostatného bydlení. Jedná se o **komunitní bydlení**, které slouží lidem v mladém věku jako přechodové. Jedinci zde mají prostor na to se připravit na samostatné bydlení a odpoutat se od rodičů. Všichni ubytovaní se podílejí na chodu domácnosti, každý má svůj samostatný pokoj, o který se musí starat. Každý má přiděleny povinnosti a úkoly, avšak vše je pod dozorem vychovatele.

Druhým typem samostatného bydlení je **chráněné bydlení**. Chráněné bydlení je uskutečňováno v běžných bytech, které vlastní poskytovatel služby. Jedinci zde žijí sami. Všechny povinnosti, které se týkají chodu domácnosti, zajišťují sami. Rozdíl oproti běžnému bydlení je v tom, že do bytu dochází dle smluvených časů asistent a kontroluje stav domácnosti a postižených.

Poslední možností samostatného bydlení je **podporované bydlení**. Mentálně retardovaní opět žijí v samostatném bytě patřícím poskytovateli služeb. Avšak nejsou schopni plně zajistit chod domácnosti. Proto do bytu dochází asistent, který má za úkol pomoci s domácími pracemi a podle potřeby i pomoci v oblasti osobní péče.

Největším problémem, v tomto období však bývá navazování partnerských vztahů. Tito lidé nemají tolik příležitostí, kde by se mohli se svým budoucím partnerem setkat. Problémem bývají i samotní rodiče postižených jedinců, kteří mají obavy z neplánovaného rodičovství a problémů z toho vyplývajících. Neuspokojení partnerského života však vede k deprivaci v oblasti intimity a často se stává, že se osoby s mentální retardací upnou na osobu jinou, jim blízkou. Jako je například pečovatel/ka, vychovatel/ka, nebo osobní asistent/ka. Z výzkumů také vyplývá, že rodiče i pečovatelé zastávají velmi podobný názor na plození a vychovávání potomků osobami s mentální retardací. Téměř většina uznává právo na sexuální život, ale pouze při používání ochrany, aby se zamezilo otěhotnění. Zhruba polovina souhlasí s tím, aby hendikepovaní vedli manželský život a ani ne 5 % akceptuje rodičovství.

Dalším problémem při vyčlenění jedinců z aktivního sociálního života je obezita. Proto je velmi důležité, dbát na rozvíjení jejich fyzické kondice. Jak všichni víme, obezita vede k celé řadě dalších zdravotních problémů. Ať už je to ohrožení kardiovaskulárního systému, přetěžování kloubního spojení, stavbu kostry a pohybového aparátu. Také může docházet ke svalové atrofii. Proto je zcela nezbytné těmto osobám zajistit pravidelný pohyb, který je ve většině případů realizován pomocí rehabilitací a kondičního pohybového cvičení.

Rehabilitace probíhají většinou v denních stacionářích, kde je zajišťuje vyškolený personál. (Švarcová, 2011)

3.2 Somatické zvláštnosti motoriky u dětí s mentální retardací

Mentální retardace ovlivňuje nejen psychickou stránku jedince, ale samozřejmě také fyzickou. S tím souvisí i abnormality fyzické schránky osob s mentální retardací. Jedná se o anomálie v tělesných mírách, zaostávání v růstu i tělesné váze, odolnosti, posunutí prahu bolesti, odlišnosti tělesné konstituce a mnohého dalšího. Mnoho odborníků popisují tyto abnormality ve svých pracích.

„Známé je například Amerlingovo třídění slabomyslných podle somatických znaků na typy:

- *karadoxní*
- *atletický*
- *afroditní*

- *epileptický*
- *kretenský*“

(Černá, 1985 str. 29)

Dalším odborníkem, který se zabýval somatickou stránkou mentálně retardovaných, byl Herfort (1909) v Úvodu do studia dítěte slabomyslného, kde zdůrazňuje tyto somatické zvláštnosti:

- abnormální tvar lebky
- abnormální tvar boltce ušního
- abnormalitu zevního genitálu
- hrubé rysy obličeje, ležaté čelo, nadulé rty, stále pootevřená ústa, povytažený jazyk, slinotok, cyanózy končetin, hypoplasii i hypoplasii jednotlivých orgánů.

Nejvíce somatických zvláštností nalezneme u jedinců s vrozenými formami oligofrenie. Jako je Downův syndrom. Zde jsou výše zmiňované zvláštnosti na první pohled jasně zřetelné.

Downův syndrom – jedná se o vrozenou chromozomální anomálii. Toto onemocnění vzniká již při splynutí vajíčka se spermií, kdy hned v prvotní buňce zůstane jeden chromozom navíc a ten se dále dělí v každé další buňce. Velmi vzácně toto onemocnění vzniká až v dalším průběhu dělení.

Toto onemocnění se vyskytuje ve třech různých formách. První z forem je tzv. mozaicismus. Tento typ je nejméně častý. Při tomto typu autismu jsou trizomické pouze některé buňky. Druhá forma se nazývá nodisjunkce. U tohoto typu jsou přítomny tři samostatné kopie dvacátého prvního chromozomu. V populaci se vyskytuje nejčastěji. Poslední forma se nazývá translokace. Jedinec má navíc chromozom jen v některých buňkách. (Mark, 2011) Downův syndrom je považován za genetickou náhodu, případně nehodu. Vyskytuje se celosvětově na všech kontinentech. Vědci neznají přesnou příčinu jeho vzniku. Jediným prokázaným rizikem je vysoký věk matky a otce. Podle statistik se v České republice narodí přibližně 50 novorozenců s Downovým syndromem ročně.

Nadbytečný chromozom způsobuje disharmonii organismu a zapříčiňuje pomalejší a odlišný vývoj buněk celého jedince. Všichni z nich mají společné typické rysy, ale každé

dítě je unikát. Uvádí se mnoho charakteristických znaků tvořících typický vzhled osob s Downovým syndromem (např. epikantická kožní řasa, mírně zešíklé oči, nižší a mohutnější postava, krátký krk, příčná rýha na dlani, níže posazené uši, plochý a kulatý obličej), u každého jedince se ale vyskytuje pouze část z nich. Downův syndrom je také téměř vždy doprovázen mentální retardací. Nejčastěji je přítomna její lehká až středně těžká forma. Samozřejmě se objevují i děti s IQ na hranici normálu nebo naopak případy těžké, až hluboké mentální retardace. Tento jev se vyskytuje jen velmi zřídka.

Život těchto dětí velmi často komplikují různé zdravotní obtíže, jako je zhoršená funkce štítné žlázy, srdeční vady, respirační onemocnění, snížená imunita, porucha zraku a sluchu a mnohé další. Jejich svalstvo má nižší svalový tonus a velmi často jsou tyto děti hypermobilní v kloubech, což nám značně komplikuje rozvoj jejich hrubé i jemné motoriky.

Obecně je základní diagnózou dotčen především motorický vývoj a vývoj řeči, naopak v oblasti emocionální a sociální děti často výrazně předčí své vrstevníky. Děti s Downovým syndromem se při správném vedení naučí vše podstatné – sebeobsahu, čtení a psaní, zapojují se aktivně do rodinného života, praktikují různé sporty, hrají na hudební nástroje, mohou si osvojit tanec a řadu dalších dovedností. Obvykle to ale trvá déle a stojí to větší úsilí, práci a neustálé opakování. (kol. S. F.-H., 2013)

3.3 Význam pohybových dovedností u mentálně postižených

Pohybové dovednosti ovlivňují všechny složky člověka, tzn. jak jeho tělesný, tak i duševní stav. Pomáhají nám při socializačních procesech, ovlivňují naše celkové rozpoložení, naši volbu vzdělání, společenské umístění nebo záliby. Proto často u lidí s mentálním postižením nedochází ke správnému začlenění do běžného života. Málo rozvinuté pohybové dovednosti jim totiž omezují jejich volbu povolání, koníčků nebo navázání vztahů v běžné populaci. Samozřejmě to není zapříčiněno pouze pohybovými dovednostmi, ale mají na tom svůj podíl. Proto bychom se u těchto jedinců měli zaměřit na rozvíjení jejich pohybových dovedností. Abychom problém podchytili včas a poskytli jim kvalitní život se vším, co nabízí. Protože pokud se pohybová složka zanedbá, může dojít ke vzniku problémů ve všech sférách lidského života.

3.3.1 Hrubá motorika

Hrubá motorika je závislá na velkých svalových skupinách. To znamená převážně na svalech ramenního pletence, paží, trupu, pánve nebo svalů dolních končetin. Jsou to tedy svaly, které nám zajišťují koordinaci pohybů, jejich rytmizaci a držení těla. Velké svalové skupiny nám umožňují tzv. lokomoční a nelokomoční pohyby. Mezi lokomoční pohyby řadíme např. chůzi, plavání, skákání a mezi nelokomoční např. sezení. Jak je všeobecně známo, pohybové dovednosti se dají rozvíjet po celý život. Můžeme je zlepšovat tréninkem, ovšem pokud je nebudeme rozvíjet, budou se naše dovednosti postupem času zhoršovat. Což může vést k úrazům nebo oslabení imunity a následným nemocem.

Pohyby dělíme do následujících složek motoriky:

- **spontánní** – jedná se o pohyby, které jsou prováděny z vlastního popudu
- **reflexní** – pohyby, které jsou vázány na určitý podnět
- **záměrné** – pohyby volní, užívané k určitému účelu
- **expresivní** – projevy psychického stavu

Imobilita je stav, ke kterému dochází v důsledku nějaké nemoci, úrazu nebo postižení. Jedná se tedy o omezení pohybových dovedností. Toto omezení může být dočasné nebo trvalé. Proto imobilitu dělíme do následujících kategorií: **dočasná, dlouhodobá a trvalá**.

Dočasná imobilita je stav, kdy je pacient upoután na lůžko jen po krátkou dobu a jeho stav se brzy vrátí do normálu. Jedná se především o pooperační stavy. Většinou nedochází ke změnám v oblasti motoriky. **Dočasná** dlouhodobá imobilita je stav způsobený závažnými komplikacemi. A dochází k sekundárním změnám. **Trvalá** imobilita může mít více příčin. Může se jednat o vrozenou imobilitu, způsobenou těžkým vrozeným postižením. Nebo o imobilitu způsobenou úrazem nebo onemocněním. Dochází zde k omezení některých motorických dovedností a schopností. U těchto postižených je důležitá rehabilitace a práce se speciálními pomůckami. Tito lidé mají problémy se začlenit do běžného života, jelikož na ně číhá mnoho nástrah. Tím dochází ke špatnému psychickému stavu a pravidelný pohyb jim s tímto může pomoci se vyrovnat.

Sekundární změny způsobené imobilitou jsou vázány jak na pohybový systém, tak na psychickou stránku jedince. Pohybové změny se týkají dlouhodobého flekčního uložení

končetin, přetažení svalů a tlaků na bříska svalů, nehybnost, zkrácení svalů, nástup hypotrofie až atrofie, endokrinní a metabolické změny, omezená hybnost, změny v postavení kloubů, deformity, osteoporóza, lomivost kostí a oslabení svalové síly. Psychické změny ovlivňují chování, nedostatek podnětů a sociálních kontaktů vede ke strachům a rozvoji úzkosti. Může docházet také ke změnám osobnosti a rozvoji aterosklerózy nebo demence.

Jak již bylo zmíněno, imobilita je snížená schopnost pohybu a souvisí s ní i mnohá omezení. Mezi jedno z nich se řadí i omezení ve vzdělávacím procesu a příprava na budoucí povolání. Jedná se o překážky s dopravou do školy, ale také i v samotné škole. Ne všechny školy jsou bezbariérové. Proto mnohé imobilní děti musí navštěvovat školy mimo své bydliště. Děti musí mít speciálně upravené domovy, aby mohli v rámci možností samostatně fungovat. Problém nastává také s vyřizováním úřednických záležitostí, vybíráním kroužků, lékařů... Mezi další omezení se řadí v dospělosti získání pracovní pozice a zajištění si obživy, sportovní vyžití a zábava. Mnohá společenská zařízení nejsou bezbariérová, a to znamená omezení pro návštěvu divadel a koncertů, na což přímo navazuje sociální kontakt s lidmi. Omezují se také samostatnost a vývoj osobnosti.

Proto pohyby rozdělujeme do dvou rovin:

- **v rovině nezbytných**, tzv. těch, jejichž smyslem je zajištění lidské existence,
- **v rovině pohybů ostatních**, které směřují k ovlivnění některých stránek vývoje a života člověka, a to zejména po stránce tělesné a duševní (srov. Kábele, F. 1988).

Vztah k pohybové aktivitě se vyvíjí již od raného dětství, a proto bychom měli děti cíleně vést k aktivnímu způsobu života. Pravidelná pohybová aktivita má nejen celou řadu pozitivních účinků nejen na fyzické zdraví, ale také řadu pozitivních sociálních a psychologických dopadů na zdravý vývoj dítěte. Je to prostředek seznamování se s prostředím, učení se, jak ovládnout své tělo, jak si poradit se svým okolím a tím nabýt potřebné zkušenosti. Pohyb je prostředkem, který učí dítě, jak vyjádřit sebe sama a komunikovat s ostatními, je také prostředkem získávání sebevědomí, hodnocení sebe samého, vzájemného srovnávání, pomáhání si, soupeření a spolupráce. Jde o celý komplex lidského chování, které zahrnuje všechny pohybové činnosti člověka, pohybové úkoly každodenního života, lokomoční, pracovní a další účelové pohyby, tělesnou výchovu, sport a pohybovou rekreaci. (srov. <http://sdetmiprotiobezite.cz>; Štilec, M. <http://zdravi.e15.cz>).

3.3.2 Jemná motorika

Jedná se o aktivitu malých svalových skupiny, díky nimž jsme schopni uchopovat a manipulovat s drobnými předměty. Do jemné motoriky řadíme **grafomotoriku**, která se zabývá pohybovou aktivitou při grafických činnostech. **Logomotoriku**, zabývající se pohybovou aktivitou mluvicích orgánů při artikulované řeči. **Mimiku**, věnující se pohybům obličejových svalů. **Oromotoriku** zkoumající pohyby dutiny ústní. A **vizuomotoriku**, která se týká zpětné zrakové vazby.

Problému jemné motoriky se týká také lateralita dítěte.

Pojem lateralita lze vymezit jako přednostní používání jednoho z párových orgánů a je odrazem dominance jedné z mozkových hemisfér. Levá mozková hemisféra řídí pravou polovinu těla a pravá mozková hemisféra levou polovinu těla. Při řešení všech úloh mozkové hemisféry spolupracují. (Průcha, J., Walterová, E., Mareš, J. 2009; Hartl, P., Hartlová, H. 2000).

Typy laterality:

- leváctví (převaha levé strany u všech párových orgánů)
- praváctví (převaha pravé strany u všech párových orgánů)
- lateralita zkřížená (dominantní párové orgány jsou na obou stranách)
- nevyhraněná lateralita (kolísavá symetrie a asymetrie párových orgánů)
- ambidextrie (oboustrannost)

Lateralitu lze dále rozlišovat na laterální:

- tvarovou (morfologická, všímá si rozdílů ve stavbě, velikosti apod., př. pravá a levá strana obličeje)
- funkční (přednostní užívání párového orgánu je kvalitnější, rychlejší ad.)
- vrozenou
- změněnou
- z nutnosti (po úplném vyřazení orgánu, př. amputace, deformace)
- patologickou (při poškození původně vedoucí hemisféry)

- úplnou
- částečnou
- nevyvinutou

Pokud dítě do šesti let svého věku nemá lateralitu vyhraněnou, je mu doporučena návštěva v pedagogicko-psychologické poradně. (Průcha, J., Walterová, E., Mareš, J. 2009)

3.4 Vliv narušené hybnosti na rozvoj osobnosti a kognitivní procesy

3.4.1 Rozvoj osobnosti

Hovoříme-li o somatických aspektech, jedná se především o deformovaný zevnějšek s nedostatečnou pohybovou kompetencí. Vrozené postižení nemusí být pro postiženého tak traumatizující, protože neví, jaké to je, být zdravý. Neuvědomuje si, o co přišel. Proto po psychické stránce je bráno za závažnější postižení získané.

Co se týče sebeobsluhy, tu nejvíce ovlivňuje postižení motoriky rukou. Proto se musíme mimo jiné, zaměřovat především na rozvoj jemné motoriky. Celkově tělesné postižení je omezující ve všech sférách. Může docházet k motorickému poškození mluvidel. Tito lidé zpravidla špatně mluví, ale velmi dobře rozumí. S tím nám pomáhají logopedové, ke kterým postižené děti často dochází na konzultace a jsou jim na doma připravovány logopedické hříčky, pro trénování mluvidel. Bývají i součástí speciálních základních škol. Osobnost těchto dětí bychom měli rozvíjet po všech stránkách stejně tak, jako tomu je u zdravých jedinců. Zde Matějček (1968) mluví o vyrovnaném tělesném i duševním vývoji. Protože jak všichni dobře víme, nejedná se pouze o tělesnou schránku jedince, ale také o jeho duševní rozpoložení. Měly bychom se snažit o zvládnutí alespoň trivia. Aby žáci uměli číst, dokázali si přečíst např. název zastávky nebo číslo autobusu, aby si uměli spočítat vrácené peníze v obchodě, i když s matematikou bývá u těchto jedinců velká potíže. A aby se uměli např. podepsat nebo napsat partnerovi lístek s nákupem. Z tohoto důvodu rozvoj osobnosti u těchto dětí vedeme směrem k soběstačnosti spíše než k budoucí kariéře lékaře nebo právníka.

Tím však v žádném případě nemyslím, že pokud se u dítěte prokáže nadání na nějakou vědní disciplínu nebo uměleckou či pohybovou činnost, že bychom je v tomto směru neměli

podporovat a pomáhat jim rozvíjet jejich talent. Bylo to myšleno spíše tak, že u těchto dětí je větší priorita, aby uspěli v běžném životě a dokázali se v co největší míře o sebe sami postarat.

3.4.2 Kognitivní procesy

Kognitivními procesy rozumíme souhrn operací a pochodů, jejichž prostřednictvím poznáváme svět i sebe sama. Vývoj těchto procesů může být u postižených narušen.

S. Best (in Best, S, Heller, K., Bigge, J. 2005, s. 44–45) uvádí možné problémy v poznávání doprovázející mozková postižení. Často jsou narušeny procesy řešení problémů:

- problém uvědomit si přesnou podstatu problému,
- problém rozmyslet si informace týkající se řešení problémů,
- problém rozmyslet si různorodost řešení,
- problém zvážit poměrné přednosti alternativních řešení.

(<https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/pedf/ps14/hybnost/web/pages/04-aktivita.html>)

„Sport se pro postiženého stává prostředkem, který mu pomáhá nalézt nebo obnovit vlastní vztah k okolnímu světu, a tím k plnohodnotnému uplatnění coby rovnocenného a plnoprávného občana. Široce pojato, cíle sportu jsou vyjádřením principů, které platí pro postižené i nepostižené osoby.“

Sir Ludwig Guttmann
UNESCO, Paříž 1976

3.5 Vzdělávání žáků s mentální retardací – předškolní a základní vzdělávání

3.5.1 Předškolní vzdělávání

Předškolní vzdělávání dětí s mentální retardací zajišťují mateřské školy. Mateřské školy navštěvují děti ve věku od tří do šesti až sedmi let. Od roku 2017/2018 je povinně zavedená předškolní docházka pro děti, které do začátku školního roku dovrší pěti let. Cílem

předškolní výchovy je podle RVP² navazovat a podporovat rodinnou výchovu a zajistit dětem další podněty, na které se učí reagovat. Jedná se o položení odborného základu do budoucího vzdělávání. Dále také plní diagnostickou funkci, zejména u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami, zdravotně postiženými, sociálně znevýhodněnými a nadanými dětmi. Předškolní vzdělání by se mělo zaměřovat na individuální potřeby a možnosti žáka. Dítě by mělo být stimulováno, podněcováno a pozitivně motivováno k učení. Mělo by docházet k rozvoji osobnosti každého dítěte. Učitel by se měl snažit o rozvoj komunikace a spolupráce ve třídě. RVP respektuje, že vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami potřebuje jiné podmínky. Ať už se jedná o vybavení mateřské školy, personál, komunikaci s rodiči a mnohé další. To vše vyplývá ze zákonů, vyhlášek a prováděcích předpisů.

„U dětí s mentální retardací s ohledem na druh a stupeň postižení dítěte jsou podle RVPPV³ podmínky při jeho vzdělávání (speciálním i integrovaném) považovány za plně vyhovující, jestliže:

- *Je zajištěno osvojení specifických dovedností zaměřených na zvládnutí sebeobsluhy a základních hygienických návyků v úrovni odpovídající věku dítěte a stupni postižení*
- *Jsou využívány vhodné kompenzační (technické a didaktické) pomůcky*
- *Je zajištěna přítomnost asistenta (podle míry a stupně postižení)*
- *Je počet dětí ve třídě snížen.“* (Švarcová, 2011 str. 82)

Integrované předškolní vzdělání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami zajišťují speciální mateřské školy či třídy s upraveným programem podle speciálně vzdělávacích potřeb dítěte. Výhodou jsou odborně vyškolení pracovníci a upravené prostředí. Integrace těchto dětí do běžných tříd má řadu výhod, ale nesmíme zapomínat ani na možná rizika.

² RVP – rámcový vzdělávací program

³ RVP PV – Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělání

Proto by je měl předem každý pedagog sám zvážit a konzultovat potřeby dítěte s rodiči, lékaři a dalšími pedagogickými pracovníky.

Speciální předškolní vzdělávání je určeno pro děti, které nejsou schopny se začlenit do běžné mateřské školy. Toto speciální vzdělání by rodiče neměli brát jako diskriminační právě naopak. Měli by si uvědomit, že pomocí speciálního vzdělávání a odborného přístupu pedagogů, bude pro jejich dítě zajištěna optimální výuka.

3.5.2 Základní vzdělávání

V České republice je absolvování základního vzdělání, určeno povinnou školní docházkou po dobu devíti školních roků. Školní docházka je povinná pro děti od šesti let věku, kde samozřejmě může dojít k výjimkám, které se převážně týkají oddálení nástupu do školy. Z důvodu, že dítě ještě není dostatečně zralé. Jedná se o diagnostikování tzv. školní zralosti, které se provádí za pomoci několika odborných metod. Konkrétně se jedná o ukazatele tělesné, kde bývá rozhodující výška a váha dítěte, dále také vypadávání chrupu a jeho záměna za trvalý. A filipínská míra, což je test prodlužování horních končetin.

Co se týče stránky duševní, zde se provádí Jiráskův test školní zralosti, jehož obsahem je kresba postavy, u které zjišťujeme lateralitu. Test napodobení psané věty, který slouží k rozpoznání soustředění a udržení pozornosti, test spojování deseti teček a Edfeldtův reverzní test, který je zaměřen na schopnost dítěte rozlišovat zrcadlové tvary. Sociální zralost je schopnost odpoutat se od rodičů, přizpůsobit se novému prostředí, rozpoznat a respektovat autoritu, začlenit se do kolektivu, umět požádat o pomoc.

Zahájení povinné školní docházky je velký skok pro rodiče i děti. Což teprve pro rodiče a děti s nějakým postižením. Obavy o přijetí dítěte do nového kolektivu, zvládnutí učiva, osamostatnění se od rodičů a příchod nových povinností. To vše vede k obavám. Které jsou ještě umocněny vyhledáváním vhodné formy vzdělávání, pro postižené dítě. S tím rodině pomáhají speciálně poradenská centra, která pro dítě za spolupráce se školou vytvoří individuální vzdělávací plán.

V České republice existuje pro postižené děti řada možností, jak mohou povinnou školní docházku absolvovat. A to sice:

- a) *Formou individuální integrace*
- b) *Formou skupinové integrace*
- c) *Ve škole samostatně zřízené pro žáky se zdravotním postižením (speciální škole), to znamená v základní škole praktické (dříve zvláštní škole) nebo v základní škole speciální (dříve pomocné škole)*
- d) *Kombinací uvedených forem (Švarcová, 2011 str. 85)*

Individuální integrace je vzdělávání dítěte pomocí začlenění do běžné základní školy, nebo pokud si to zdravotní stav dítěte žádá do speciální školy určené pro tyto děti.

Skupinová integrace je vzdělávání dětí ve třídě, oddělení nebo skupině, které jsou přímo zřízeny pro děti s mentálním postižením. Tyto skupiny mohou být zřízeny, jak v běžné škole, tak i ve speciální škole.

Základní škola praktická

Původně byla označována jako škola zvláštní. Tato škola je určena pro děti s lehkým mentálním postižením. Zprostředkovává vzdělávání dětem se speciálními vzdělávacími potřebami, které jsou ovlivněny druhem mentální retardace a úrovní rozumových schopností dítěte. Dítě je zde zařazeno na základě doporučení ze školského poradenského zařízení, které musí být opatřeno souhlasem zákonného zástupce. Výuka je vedena podle rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání s přílohami upravující vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením, který je rozdělen do devíti oblastí. Dle RVP ZV ⁴ je dále vytvořen v jednotlivých školách školní vzdělávací program, do kterého jsou začleněny vzdělávací oblasti.

Výhodou této školy jsou kvalifikovaní pedagogové a vybavenost tříd, dle speciálních potřeb dětí. Každý zde respektuje individuální potřeby dítěte. Samotná výuka by měla vést k zapojení postižených do běžného občanského života. Jsou zde rozvíjeny a osvojovány znalosti a dovednosti pomocí speciálních vzdělávacích prostředků a metod.

⁴ Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělání

Integrace si žádá začleňování těchto dětí do běžných základních škol, aby měli možnost vzdělávat se a stýkat se se svými zdravými vrstevníky. To však vyžaduje mnohé změny v běžném vyučovacím procesu. Učitel si musí osvojit nové speciální učební metody, zvolit vhodné učivo, a hlavně dbát na individuální přístup ke každému jedinci, což je v praxi velmi obtížné. Ulehčením pro pedagoga je při integraci snížení počtu dětí ve třídě. Aby byl zajištěn kontakt se zdravými vrstevníky, bývají na základních školách zřizovány speciální třídy. Postižené děti se tak mají možnost setkávat s nepostiženými na mimoškolních akcích, kroužcích a různých zájmových aktivitách.

Základní škola speciální

Podle Švarcové (2011) byla původně označována jako škola pomocná. Tato škola vzdělává děti s postižením, které nejsou schopny zvládat výuku v běžných školách nebo školách praktických. Tyto děti jsou však schopné osvojit si elementární znalosti. Školy jsou určeny pro děti se středním až těžkým mentálním postižením. Vyučováno je podle rámcového vzdělávacího programu pro obor vzdělání základní školy speciální. Podle kterého je vytvořen školní vzdělávací program. Dříve byl používán pro výuku rehabilitační program, od kterého se ale upustilo.

Délka vzdělávání je na rozdíl od klasické základní školy desetiletá, s tím že žáci v nich absolvují povinnou devítiletou školní docházku. Základní škola speciální je oproti minulosti rozdělena do dvou stupňů. A to na 1.-6. ročník a 7.-10. ročník. Zařazení dítěte do této školy speciální je na základě doporučení školského poradenského centra. Výuka je zaměřena na osvojování základních poznatků, komunikačních dovedností, sebeobsluhy, získání základních návyků a motorických schopností. Cílem je do budoucna co nejvíce eliminovat závislost na péči dalších osob.

Speciální základní školy jsou vybaveny odbornými pedagogiky a dalšími proškolenými pracovníky. Školní prostředí je přizpůsobeno aktuálním potřebám dětí. Jsou využívány speciální didaktické pomůcky. Ve třídě je snížen počet žáků. Děti jsou vybaveny speciálními sešity a učebnicemi. Výuka je vedena v přátelském duchu, který respektuje individuální potřeby každého jednotlivce. Délka vyučovacích jednotek je upravena dle potřeb dětí. Žáci jsou připravováni a vedeni k dalšímu vzdělávání. Po ukončení základní školy praktické jim

bývá nabídnuté další vzdělání ve formě praktické školy, kde mohou získat kvalifikaci k vykonávání jednoduchých pracovních úkonů. Důležité je zaměřit se i na pohybový aparát jedinců. Jelikož mají častý sklon k obezitě a problémům s pohybovým aparátem, jako jsou např. vady páteře. (Švarcová, 2011)

3.6 Základní škola speciální v Mladé Boleslavi

Popis školy

Tento typ školy navštěvují i postižení, kteří testovali mnou vytvořený zásobník cviků. Konkrétně se jedná o Základní školu speciální v Mladé Boleslavi. Tato škola není považována za velkou školu. Čítá celkem devět tříd, které jsou rozmístěny v několika budovách. Hlavní budova se nachází ve Václavkově ulici v areálu Centra 83. Další třídy jsou rozmístěny v ulici Purkyňově a poslední třída se nachází až v obci Lipník. Desetiletou povinnou školní docházku zde absolvují děti s mentálním postižením včetně velmi těžkých mentálních postižení. Nebo žáci s kombinovanými vadami, jako jsou vady řeči, tělesné, smyslové vady, autismus či epilepsie. Základem je individuální a odborný přístup ke každému jedinci a respektování jeho zvláštností. V každé třídě jsou dva až tři pedagogové a vysokoškolsky vzdělaná třídní učitelka v oboru speciální pedagogika. Třídy většinou čítají kolem čtyř až šesti žáků. A ročně se v této škole vzdělá kolem 56 žáků.

Hlavní prioritou školy jsou spokojení žáci a maximální využití jejich potenciálu. Učitelé se snaží přistupovat ke každému dítěti individuálně a plně rozvíjet jeho potenciál. Cílem učitelů je připravit žáky na běžný život a docílit tak co největšího osamostatnění. Důležitá je také výuka v oblasti adekvátního řešení situací a orientace po městě. Proto jsou do výuky zařazovány výchovné a vzdělávací vycházky.

Děti se musí z hlavní budovy také přemisťovat do nedaleké sokolovny, ve které probíhá společná výuka tělesné výchovy. Pedagogové se zde střídají s přípravou hodin, protože děti jsou zde vyučovány společně, ze všech budov a tříd nacházejících se v Mladé Boleslavi. Připravují pro děti speciálně upravené hodiny, dbají na individuální přístup, který je zajišťován pedagogy, kteří zrovna nemají za úkol organizovat náplň hodiny. Využívají mnoho pomůcek, ať už tradičních, od náradí a náčiní, po netradiční jako jsou molitanové balónky ve tvaru sněhové koule, noviny, ozdobné stuhý a mnohé další.

Dalším plusem je výuka domácích prací, kde se děti učí prát prádlo, vařit jednoduché pokrmy, žehlit a prakticky všechny domácí činnosti, které budou muset v budoucnu ve své domácnosti vykonávat.

U žáků s těžkým mentálním postižením je hlavní prioritou zvládnutí komunikačních dovedností, hybnosti a sebeobsluhy. Dále je také kladen důraz na socializaci a zvládnutí změn. K tomu slouží i společná vystoupení před diváky a nácviky na tyto představení. Většinou se představení konají při oslavě nějakých svátků, ať už to jsou Vánoce, Velikonoce nebo mají nějaký zajímavý motiv. Musím říci, že učitelé jsou v tomto směru velmi kreativní a děti mají představení rády a vždy se na ně těší. I když jsou zde samozřejmě i tací, kteří mají obavy z vystupování před lidmi. Svou nemalou roli zde hraje také tréma a špatné pocity z neznámého. Povětšinou však děti tyto činnosti vítají.

To, na čem si škola zejména zakládá, je výuka komunikace. Ať už se jedná o komunikaci verbální nebo neverbální. Ve škole působí klinický logoped, který se zaměřuje na nápravu špatné výslovnosti hlásek. Také pracuje s dětmi, které mají omezené schopnosti verbální komunikace. Tyto děti se učí alternativní a augmentativní komunikaci. Mluvená řeč je doplňována znakovou řečí. Dokonce jsem se ve třídě setkala s dívkou, která pouze znakovala a komunikovala pomocí obrázků, což pro rodiče musí být značně náročné. Proto pedagogové při výuce využívají metodu vizualizace zástupným předmětem. Výuka je také doprovázena piktogramy, obrázky a fotografiemi.

Dále se také pedagogové samozřejmě zaměřují na zvládnutí trivia. Děti se učí pomocí speciálních učebních pomůcek číst, psát a počítat. Výuka českého jazyka je doplňována čtením pohádek, s dotazy na chápání textu a předváděním jednotlivých situací. Co se mi ve škole jako tělocvikáři velmi líbilo, byla výuka v kruhu, kdy děti měly k dispozici gymnastický míč místo klasických židlí. Děti tudíž během klasické výuky trivia měly možnost rozvíjet i své koordinační schopnosti. A jejich pozornost se musela rozdělit do několika oblastí.

Co se týče přípravy dětí na čtení, je využívána metoda analyticko-syntetická, globální nebo genetická. Při problémech s grafomotorikou škola nabízí žákům jednodušší hůlkové písmo, nebo výuky psaní na počítači. Při větších potížích s analýzou a pamětí učí žáky používat alespoň sociální čtení. Sociální čtení je metoda využívající slovo současně s obrázkem. Škola je také vybavena softwary pro tuto metodu a využívá je pro tvorbu pracovních listů, včetně zápisu textů a říkanek. Tato metoda je často zejména využívána u dětí s poruchou

autistického spektra, ale v této škole mají prokázané pozitivní výsledky i u dětí s těžší mentální retardací nebo smyslovým postižením.

Ve třídách se každodenně také hojně využívají rehabilitační a stimulační metody – cvičení na rehabilitačním míči, míčkování, baby masáže a aromaterapie, polohování, vertikalizace, prvky bazální stimulace – stimulace somatické, akustické, vibrační, taktilně haptické, prvky metody orofaciální stimulace, podpurná metoda snoezelen, Strassmeierova metoda pro nácvik jednotlivých aktivit rozvoje žáka apod. Jsou zde i možnosti muzikoterapie, dramaterapie a arteterapie.

Speciální základní škola v Mladé Boleslavi vyučuje podle Školního vzdělávacího plánu s názvem Škola pro život II, který je podrobně rozpracován každému žákovi přímo na tělo. Rozpracování je zajištěno pomocí individuálního vzdělávacího plánu.

Vybavení školy

Jak již bylo zmíněno, v základní škole speciální nenalezneme klasické třídy, až na jednu výjimku, která je určena pro velmi vnímavé a chápavé děti s touhou se učit. Školní lavice, jsou vyměněny za kulatý stůl, u kterého probíhá výuka spolu s učitelem. V těchto třídách nenalezneme katedru učitele, z důvodu zlepšení komunikace s dětmi a individuálního přístupu. Třídy jsou dále speciálně upravené a doplněné řadou speciálních potřeb a rehabilitačních pomůcek. V zadní části místnosti jsou dětem i učitelům k dispozici koberce, polštáře, vaky a gymnastické míče, které umožňují zpestřit výuku a uvolnit žáky. Zároveň tak mají možnost rozvíjet své motorické schopnosti. Dětem jsou k dispozici také společenské místnosti a samozřejmě je bezbariérový přístup a toalety.



Obrázek 2 Vybavení třídy <http://www.zsspecmb.cz/o-skole.htm>

Organizace školního dne

Každý školní den začínal krátkou komunikační chvilkou. Avšak kvůli mému testování byl před tuto komunikační chvilku zařazen ještě blok s ranní rozcvičkou. Po rozcvičce si děti v komunikační chvíli povídají o tom, co dělali předchozí den nebo o víkendu, je-li pondělí. Pomocí kalendáře zjistí, kdo má zrovna svátek. Připomenou si jaké je datum a den v týdnu. Ve třídě mají i nástěnku s fotografiemi žáků. Pod každou fotografií je nalepené i datum narození, aby mohli společně popřát oslavenci. Po komunikační chvíli následuje snídaneň. Děti mají ve třídě své vlastní prostírání, na které si rozloží svou z domova přichystanou snídani. Před zahájením snídaně děti ještě popíší, co kdo má přichystáno. K tomuto popisu slouží karty s obrázky. Na obrázcích jsou znázorněny různá jídla a nápoje. Snídaneň je součástí výuky samoobsluhy a hygieny. Poté následuje běžná výuka podle rozvrhu, která je rozdělena do jednotlivých bloků. V těchto blocích je učivo kombinováno s mezipředmětovými vztahy. Po náročnějších aktivitách jsou do výuky zařazovány relaxační chvíle. Výuka je doplňována praktickými činnostmi. Po skončení dopoledního bloku následuje oběd ve školní jídelně. Po obědě pokračuje výuka v blocích. Po skončení výuky mají možnost děti navštěvovat ještě školní družinu, kde s žáky pracuje devět vychovatelek, které jsou zároveň druhými pedagogy při dopolední výuce.

3.7 Vzdělávání žáků s mentálním postižením a dodržování didaktických zásad

Jak již bylo zmíněno výše, základní vzdělávání žáků s mentálním postižením přímo navazuje na předškolní vzdělávání. V dnešní době mají rodiče těchto dětí možnost rozhodnout se mezi školami přímo určenými žákům s mentálním postižením. Jedná se o školy zřízené podle §16 odstavce 9, dříve označované jako základní školy praktické a základní školy speciální. A jejich zařazením do běžných základních škol. U obou těchto zařízení jsou klady i zápory. Mentální postižení se začne nejvíce projevovat právě s nástupem do školských zařízení. Na děti začnou být kladeny vysoké požadavky, spojené s plněním školních úkolů a vzdělávacích plánů. Z toho vyplývá, že jsou značně zvýšeny požadavky jak na psychické funkce dětí, tak i na jejich sociální schopnosti a umění se adaptovat v neznámém prostředí. Proto je podle

Lechty „(...) velmi důležitý vhodný přístup k žákovi s mentálním postižením, jak ze strany učitelů, spolužáků i jejich rodičů.“ (Lechta, 2016, str. 313)

Další problém, který rodičům těchto dětí s největší pravděpodobností nastane, je personální, organizační a materiální vybavenost dané školy. Je velmi důležité, aby pedagog, třída a v podstatě celá škola, respektovali odlišnosti daného žáka a brali v potaz jeho speciální potřeby.

Podle Vágnerové (2008) je jedním z charakteristických znaků poznávacích schopností žáků s mentálním postižením „*snížená potřeba zvědavosti a preference podnětového stereotypu. Tito jedinci se zpravidla vyznačují pasivnějším přístupem a upřednostňováním známého prostředí. Okolní svět je pro ně méně srozumitelný, hůře se orientují v běžném sociálním prostředí i mezilidských vztazích.*“ (Vágnerová, 2008, str. 292)

V minulých dobách tyto děti neměly možnost navštěvovat normální základní školy. Protože byly z běžného vzdělávání vyřazeny a výuka probíhala segregovaně ve speciálních základních školách. V dnešní době se české školství pokouší o integraci těchto žáků do běžných základních škol, což je velmi náročné pro učitele i žáky.

Tyto děti jsou označovány jako děti se speciálními vzdělávacími potřebami. Ovšem ne každé postižené dítě může být umístěno do hlavního vzdělávacího proudu. Musíme posoudit jeho rozumové schopnosti, úroveň pozornosti, schopnost adaptovat se na nové prostředí, emoční vyspělost, motivaci a mnohé další aspekty důležité k fungování v běžné základní škole.

Děti mají většinou velký problém navázat sociální kontakt s vrstevnickou skupinou. Mají rádi kolektiv lidí, které znají a důvěřují jim.

Učitel během výuky musí dodržovat samozřejmě didaktické principy, postupy, metody a zásady s ohledem na tyto děti. Musí zohlednit individuální úroveň psychického i fyzického vývoje dítěte. Musí využívat vhodné formy a metody výuky. Dbát na časté upevňování získaných poznatků, formou průběžného opakování. Rozvíjet sociální vztahy ve třídě. Rozvíjet jejich samostatnost a zodpovědnost, vybírat vhodné formy komunikace, přiměřené emočnímu vývoji dítěte. Vhodně žáky motivovat do spolupráce, i práce v jednotlivcích.

Když se řekne efektivní vzdělávání žáků s mentální retardací, tak se mi vybaví jedno známé čínské přísloví:

„Řekni mi a já zapomenu, ukaž mi a já si zapamatuji, nech mě to udělat a já pochopím“

Na tomto pořekadle stanovuje Valenta, Müller (2003, str. 372-373) tyto hlavní zásady vzdělávání žáků s mentálním postižením:

- 1) zásada názornosti,
- 2) zásada vlastní aktivity,
- 3) zásada přiměřenosti předkládaného učiva,
- 4) zásada soustavnosti a trvalosti.

Učitel by měl dodržovat také zásady práce jako je:

- respektování individuálního tempa a limitu žáků s mentálním postižením
- konkrétnost při práci
- využívání názornosti a multisenzoriálního přístupu ve výuce
- jasně stanovenou strukturu vyučování
- předkládání přiměřeného množství podnětů a postupování po malých krocích.

„Švarcová – Slabinová (2011, s. 114-117) jmenuje základní pravidla při organizaci vyučovací hodiny. V první řadě je potřeba zohledňovat sníženou kapacitu pozornosti, proto se doporučuje rozvrhnout hodinu na kratší celky a častěji střídát činnosti. Dalším specifikem je oblast hodnocení, které by mělo postihovat míru osvojení konkrétního učiva, má mít ale také motivační charakter a zohledňovat snahu žáka. Obvykle se uplatňuje klasifikace známkou, slovním hodnocení nebo kombinací obojího. V neposlední řadě je významným faktorem ovlivňujícím vzdělávání žáků s mentálním postižením osobnost pedagoga, který musí disponovat řadou pedagogických dovedností, ale také mimořádnou mírou trpělivosti a empatie.

Vyučování (činnost ze strany učitele) a učení (činnost žáků) jsou dva vzájemně propojené procesy, jež tvoří jádro pedagogické komunikace ve škole. Učením žáci rozvíjejí své schopnosti, získávají vědomosti, osvojují si dovednosti, návyky, ale i postoje. Učení je považováno za složitý proces, při kterém je potřeba součinnost pozornosti, představivosti, paměti, myšlení apod. (Maňák, Švec, 2003, str. 16).“ (Kamenická, 2019 stránky 16-21)
https://is.muni.cz/th/jepxf/DP_Specifika_zamestnavani_osob_s_mentalnim_postizenim_Kamenicka.pdf

3.7.1 Základní pravidla pro vytvoření rozcvičky

Účelné rozcvičení by dle Zítka (Zítka, 2013) mělo začínat uvolňováním kloubních struktur prostřednictvím mobilizačního cvičení, jež si klade za cíl rozhybat a obnovit pružnost kloubů. Je třeba jej provádět zvolna vedeným pohybem a vyvarovat se rychlých švihových pohybů. Dále nastupuje protahovací cvičení neboli strečink. Po protažení je příhodné zařadit několik posilovacích cvičení a na úplný závěr je vhodné přidat koordinační cvičení a poskoky. Během celého rozcvičení je také důležité přirozeně dýchat a dech nezadržovat.

Jak již bylo zmíněno na počátku, rozcvičení by mělo započít kloubně **mobilizačním** cvičením. Tato cvičení mají za úkol připravit jedince k dalším pohybovým aktivitám, zaměřují se na kloubní struktury. Cvičení probíhá díky krouživým a kyvadlovým pohybům. Začínáme od malých rozsahů a postupujeme k větším. Toto cvičení slouží k regeneraci tekutiny uvnitř kloubu, která má za úkol vyživovat chrupavku. Cílem těchto cvičení je zachování pružnosti a pohyblivosti kloubů.

Poté by měla následovat cvičení **protahovací**.

Tyto cvičení dělíme do dvou oblastí:

- aktivní protažení, cvičenec během cviku vyvíjí úsilí k setrvání v dané poloze sám, bez pomoci.
- pasivní protahovací cvičení, které je prováděno za pomoci vnějšího odporu.

Po tomto základním rozlišení uvádí (Nelson, 2009) následující druhy strečinku:

1. statický

2. strečink založený na post-facilitačním útlumu
3. balistický
4. dynamický

Po protahovacích cvičeních následují cvičení **posilovací**. Pro jeho efektivní účinky je dle Nováčka (2001) s dětmi třeba cvičit pomalu, plynule, tahem, v koordinaci s dechem. Důležité je zaměřit se na svaly fázické, které mají tendenci ochabovat a z posilování naopak vyřadit svaly posturální, které mají tendence ke zkrácení. Posilovací cvičení jsou rozdělována na statická a dynamická. Pro účely naší rozcvičky je nejvhodnější posilovací cvičení pro srovnání dysbalancí oslabených svalů a nápravě vadného držení těla.

3.8 Jóga jako inspirace pro tvorbu ranní rozcvičky

První zmínky o józe se vyskytují už kolem roku 900 př.n.l. Ovšem v Indii každé malé dítě ví, že jóga jako taková vznikla až v roce 500 př.n.l. z toho tedy vyplývá, že józe je již přes 5000 let. V překladu toto slovo znamená „jho“, což je asi nejbližší českému slovu spojení. Myšleno je tím spojení individuálního Já a universálního Bytí. Mezi další překlady patří slovo „judž“ což v češtině můžeme přeložit jako spojit nebo sjednotit. Hlavním úkolem jógy je překonat své nepravé ego, které je nazýváno ahankára a nalézt pravou podstatu, kterou vidí ve věčném bytí, vědomí a blahu. Kdežto nepravé ego se zaměřuje na dočasnou hmotnou existenci, která nám způsobuje utrpení. Pokud dosáhne jogín ztotožnění s cílem jógy, tedy nalezne pravou podstatu, dosáhne osvobození, které je v různých školách různě popisováno.

Počátky jógy jsou spojeny s osídlením údolí Indu. Zde se vyvíjela kultura známá jako harrapská nebo jako kultura Indus Sarasvati. Tato kultura byla v době bronzové jedna z nejvyspělejších městských kultur a šířila se po celé Indii až po Nové Dillí, Afgánistán, přes Himaláje až do Bombaje. Na tomto území žily dva kmeny. Kmen domorodých Dravidianů a kmen Árijů, který přišel ze severu. Jazykem Árijů byl sanskrt. Tyto dva kmeny se velmi ovlivňovaly, a tím také docházelo ke kulturnímu a duchovnímu obohacování. Archeologové dokonce v letech 1921-1922 prováděli výzkum, jenž potvrdil vznik jógy v oblasti dnešního Pákistánu. Jedním z nejslavnějších archeologických nálezů je figura mužské postavy sedící v lotosové pozici, obklopena zvířaty. Vše nasvědčuje tomu, že se jedná o Pashupati, pána zvířat, forma Šivy, který je uctíván dodnes v Indii a Nepálu.

Lidé se liší v mnohém, jsou mezi námi různé charaktery, povahy, nálady a vlohy. Každý jsme jinak citlivý a jinak formovaný, a proto je i jóga velmi různorodá, a tudíž i vhodná pro široké spektrum lidí. Proto byla mou inspirací při tvorbě rozcvičky pro děti s mentálním postižením. Je popsáno celkem osm cest, kterými se můžeme vydat, abychom se dostaly k cíli. Cesty se v mnohém liší, ale jsou si i v mnohém podobné.

První z cest se nazývá karmajóga. Je zaměřena na činy, příčiny a následky. Tato forma tvrdí, že každý náš skutek je vázán na naši mysl, tělo a vědomí. Podle toho, jak byl skutek vykonán, je pak hodnocen výsledek. Jedná se tedy o formu jógy, která se zabývá činy, příčinami a jejími následky. Druhá z cest se nazývá Bhaktijóga. Tato cesta je zaměřena na oddanosti a lásce k Bohu i celému stvoření. Čímž mám na mysli lidi, zvířata a celou přírodu.

Nejznámější formou jógy je asi dle mého názoru Rádžajóga. Tato jóga je nazývána také královskou cestou nebo osmistupňovou stezkou. Jedná se o formu sebekázně a na stezce se využívají různé techniky jako např. meditace. Džánajóga je filozofická cesta, která vede k sebepoznání. Člověk se naučí rozeznávat, co je skutečné a co není. Za sebepoznáním nás má dovést studium, praktické zkušenosti a cvičení.

Poslední druh jógy, který uvedu, je Hathajóga. Zahrnuje celkem šest očistných technik. Je prováděna pomocí disciplinovaných cvičení a jednání s využitím síly vůle a energie.

Současná jóga, však prošla obrovskou proměnou. Ovlivnily ji nové trendy a ze všeho nejvíce asi setkání se západní kulturou a moderní medicínou. Dnes je fyzická jóga v mnohých sportovních zařízeních nabízena jako všelék na všemožné druhy neduhů. Hlavně se u nás obchodníci zaměřují na ženy, které mají sedavý způsob života a touží po sportovním vyžití a krásné postavě. Z čehož vyplývá, že v Západním světě se jóga stala kultem. Je však dokázáno, že pouze fyzická forma jógy nám nemůže uspokojit naše duchovní potřeby. Proto je potřeba jógu spojovat s její původní formou a významem.

3.8.1 Pozdrav slunci

Pozdrav slunci neboli Surja Namaskara je jedna z nejběžnějších a nejznámějších jógových systémů. Pochází z Indie a ve své podobě se začal praktikovat až kolem roku 1897. I když systémy pozic, z nichž vychází i dnešní podoba jógy je archeology objevována již mnoho let zpět. Jednalo se ale většinou o polohy vsedě, bez významnějšího účinku nebo uceleného

systému. Pozdrav slunci jako ucelený systém byl inspirován švédským gymnastickým systémem vytvořeným gymnastou Sendowem. Který ho využíval ve svých mužských trénincích. Cviky měly rozvíjet převážně silové schopnosti. Dnes systém obsahuje dynamická cvičení, která jsou složena z jednotlivých asán. Cvičí se v souladu s dechem a plynule se přechází z jedné pozice do druhé. Ovšem tato podoba vznikla až v první polovině minulého století. V původní podobě byl pozdrav slunci cvičen ve statických polohách a byl doprovázen slovně pomocí manter.

Cvičit by se mělo ráno, nejlépe s východem slunce, což v našich evropských podmínkách není úplně snadné. Po cvičení by měla následovat relaxace, nejlépe v lehu. Po docvičení bychom se měli cítit zrelaxováni a uvolnění. Jelikož pozdrav slunci působí blahodárně na náš organismus, revitalizuje ho a posiluje naši imunitu.

Dnešní podoba pozdravu slunci má celou řadu variant a podob. V České republice jich je popsáno kolem sedmnácti a nejběžnější se skládá z dvanácti pozic. Pozice souvisí se znamením ve zvěrokruhu nebo bývá uváděna i souvislost se slunečními fázemi.

1. TADASANA

- Rovnoměrně rozložíme váhu mezi obě nohy.
- Prsty roztáhneme ze široka.
- Kostrč tlačíme k zemi.
- Břicho je mírně aktivní, oplošťujeme ho proti bedrům.
- Hrudní kost vytahujeme dopředu a nahoru.
- Pozor na prohýbání v bedrech! Neprohýbáme se!
- Žebra se s nádechem rozšiřujeme.
- Ramena stahujeme od uší.
- Hlavu vytahujeme směrem vzhůru.
- Oči koukají do dálky.

2. URDHVA TANDASANA

- S nádechem vzpažíme.
- Propneme se až do konečků prstů.

- Lopatky a ramena stahujeme od uší.

3. UTTANASANA

- Protahujeme zadní stehenní svaly.
- S výdechem provedeme hluboký ohnutý předklon
- Předkláníme se z kyčlí a z pánve, ne ze zad – tím chráníte meziobratlové ploténky.
- S předklonem si představujeme, že nás někdo vytahuje za sedacích hrbolů nahoru, tím se prodlužují zadní stehenní svaly.

4. URDHVA UTTANASANA

- S nádechem zvedneme trup nahoru.
- Ruce zůstávají na zemi nebo na holeních.
- Ramena a lopatky jdou od uší.
- Krokem vzad s výdechem jdeme do 5. pozice. Zdatnější mohou jít vzad skokem snožmo.

5. CHATURANGA DANDASANA

- S výdechem natahujeme nohy dozadu a tělo dostáváme do pozice Chaturanga dandasana.
- V pozici Chaturanga dandasana provedeme nádech a výdech.
- S dalším výdechem se přesouváme do tricepsového kliku, ruce máme široce rozevřené pod rameny a lokty jsou umístěny vedle těla.
- Ramena se nesmějí dostat níž než lokty.

6. URDHVA MUKHA SVANASANA

- S nádechem pokračujeme do pozice psa hlavou nahoru.
- Prsty máme ze široka rozevřeny a celou plochou na podložce.
- Hrudník je ze široka rozevřený, ramena směřují od uší a dozadu.
- Hýžděové svaly a zadní svaly stehů jsou povolené.

- Břicho je aktivní, vytahuje stydkou kost vzhůru.
- Nohy opíráme o nártý.

7. ADHO MUKHA SVANASANA

- S výdechem přes kolena přecházíme do pozice Adho mukha svanasana.
- Od rukou se vytahujeme nahoru, ke stropu.
- Lopatky stahujeme od uší, do zevní rotace, celou páteř máme napřímenou a vytahujeme se za sedací hrboly.
- Dolní končetiny máme rozkročeny na šířku pánve, chodidla jsou rovnoběžně.
- Paty jsou rovnoběžné – prsty na nohou směřují dopředu a jsou ze široka rozevřené.

Z pozice psa hlavou dolů se s nádechem podíváme dopředu mezi ruce – s výdechem uděláme krok jednou a pak druhou nohou mezi ruce.

A dále pokračujeme pozpátku přes asánu s názvem UTTANASANA – hluboký předklon, tj. cvik č. 3, do pozice hory, cvik č. 2 a do URDHVA TANDASANA tedy do výchozího postavení. (Paramhans,2019)

4 Hypotézy

H1: Předpokládám, že nejméně 15 dětí si osvojí cviky ve správné podobě během prvního měsíce testování.

H2: Předpokládám, že během druhého měsíce testování se zlepší kvalita prováděných cviků u všech testovaných.

H3: Předpokládám, že během třetího měsíce testování dojde k úplnému osvojení prováděných cviků u více jak 19 cvičenců.

H4: Předpokládám, že do konce prvního měsíce testování si alespoň 10 dětí osvojí říkanku, která jim má pomoci si snadněji cviky zapamatovat.

H5: Předpokládám, že u 80 % dětí dojde k vytvoření trvalého pohybového návyku a v rozcvičce budou pokračovat i nadále.

H6: Předpokládám, že více jak 50 % testovaných se říkanka bude líbit a v dotazníku ji označí jako skvělá, 30 % ji označí jako průměrná a 20 % jako podprůměrná.

H7: Předpokládám, že více jak 75 % testovaných označí rozcvičku jako skvělá, 20 % jako průměrná a 5 % jako podprůměrná.

5 Výzkumná část

5.1 Metody a postup práce

5.1.1 Popis použitých metod

Metoda experimentu: Jedná se o metodu, díky níž systematicky ověřujeme hypotézy. Spadá pod ní testování pomocí testových baterií. Provádí se zejména pozorováním a měřením testovaných. V této diplomové práci byla tato metoda využita, při práci s testovou baterií.

Testová baterie: Na základě prostudované literatury a pedagogických doporučení jsem vytvořila soubor cviků pro ranní rozcvičku. Využita byla pro zjišťování pohybových schopností a dovedností u dětí s mentálním postižením. A má sloužit k osvojení si pravidelných pohybových návyků, zmírnit svalové dysbalance a posílit zádomé svaly.

Zúčastněné pozorování: Sledování dění v určité situaci, kdy jsme jejím přímým aktérem. Jedná se o kvalitativní metodu. Pozorování bylo otevřené, kdy účastníci věděli, že jsou pozorováni. Pozorovala jsem skupinu dětí ze speciální základní školy, při ověřování testové baterie.

Dotazníkové šetření: Jedná se o strukturovaný prostředek sběru dat. Bylo použito v samém závěru testování, na zjištění oblíbenosti ranní rozcvičky. Dotazníkové šetření bylo vedeno se všemi účastníky testování. Avšak někteří z nich neumí číst ani psát a komunikují na základě znakové řeči nebo formou obrázků, proto musely být v dotazníku použity smajlíci. Všechny děti odpovídaly tedy pomocí smajlíků. Kde veselý smajlík znamenal, že se rozcvička moc líbila. Neutrální smajlík znamenal, že se rozcvička líbila, ale mám k ní své výhrady. Smajlík s palcem dolů znamenal, že se mi cvičení nelíbilo vůbec.

Analýza pedagogické dokumentace – Pro lepší znalost svých testovaných subjektů, jsem měla možnost nahlédnout i do jejich pedagogické dokumentace, samozřejmě se souhlasem jejich zákonných zástupců, a nastudovat si jejich anamnézu, což mi pomohlo při vytváření souboru cviků a později i v samotném testování.

5.1.2 Zvolený postup práce

- studium odborné literatury a volba výzkumného vzorku;

- stanovení metodologie výzkumu: cíl, hypotézy, poznatky práce;
- připravení testové baterie pro Základní školu speciální;
- testování výzkumného vzorku na Základní škole speciální;
- zpracování a vyhodnocení získaných údajů z proběhlého testování;
- vypracování textu výzkumné části práce s prezentací výsledků;
- využití získaných poznatků v mé budoucí pedagogické kariéře.

5.1.3 Výzkumný vzorek

Výzkum probíhal na Základní škole speciální v Mladé Boleslavi. Celkem se testování zúčastnilo 24 dětí, které neměly závažné pohybové omezení. Imobilní jedinci nebyli do testování zařazeni. Jednalo se o děti různých věkových skupin. Tedy děti ve věku od sedmi do čtrnácti let, které navštěvují druhý až osmý ročník této speciální základní školy. Celkem se testování zúčastnilo deset chlapců a čtrnáct děvčat.

Jednalo se o děti, které konkrétně trpí lehkou až středně těžkou formou mentální retardace. K tomuto onemocnění má mnoho z nich i přidružené choroby jako je epilepsie, obezita, vada zraku a snížená schopnost motoriky. Jedná se však o děti, které jsou do určité míry soběstačné a dokáží s učiteli nějakou formou komunikovat. Dokáží se samostatně obléknout, umýt, nasvačit, v podstatě vykonat všechny úkony spojené s osobní hygienou a soběstačností. Někteří z nich umí číst i psát, ne však všichni. Jeden z cvičenců má přidružené onemocnění týkající se řeči. Komunikoval se mnou i s pedagogy pouze pomocí znakové řeči, obrázků a gest. Zde tedy bylo nemožné, ověřit, zdali si říkanku spojenou s testovací baterií osvojil. Ostatní děti velké problémy s komunikací neměly. Až na drobné vady řeči, komunikovali samostatně a srozumitelně. Zde tedy nebyl problém ověřit zvládnutí říkanky.

Děti se zúčastnily testování dobrovolně se souhlasem zákonných zástupců i pedagogů.

Charakteristika jednoho cvičence

Pro ukázkou bych ráda charakterizovala alespoň jednoho cvičence dle jeho dokumentace.

- Rodinná anamnéza

Testovaný pochází z úplné rodiny ze střední třídy. Matka pracuje jako vedoucí oddělení a otec jako elektrikář. Má jednoho sourozence, mladšího bratra, který je zcela zdravý. Bydlí v malé vesnici poblíž Mladé Boleslavi v rodinném domku. Do školy ho každé ráno vozí

matka, která se o něj vzorně stará. Rodiče k testovanému přistupují s ohledem na jeho postižení. Nevyžadují po něm nesplnitelné úkoly, ale v domácnosti musí pomáhat. Jedním z jeho úkolů je například, starost o odpadkový koš a stlaní postele. Co se týče rozšířené rodiny, testovaného všichni přijímají i s jeho postižením. Každý víkend jezdí subjekt k prarodičům. Tuto pomoc rodiče velmi vítají, protože mají prostor i na svoje aktivity.

- Osobní anamnéza

Testovaný byl narozen předčasně, v pražském Motole. Měl potíže s dýcháním, byl umístěn do inkubátoru a napojen na dýchací přístroj. Inkubátor napomáhá novorozencům udržet stálou teplotu. Výživa byla dodávána uměle, ale bylo použito i tzv. klokánkování⁵, které pomohlo spustit u matky laktaci a dítěti dodalo pocit jistoty a bezpečí. Po odchodu z nemocnice museli docházet na pravidelná vyšetření a kontroly, které jsou mnohem častější než u zdravých dětí. Tyto děti také musí pravidelně navštěvovat očního lékaře a musí jim být kontrolován sluch. U testovaného problémy se sluchem nebyly zjištěny, ale byla mu diagnostikována oční vada a musí nosit brýle. Nyní již jen ke korekci očí, aby nedocházelo k šilhání.

Co se týče mentální retardace, tak lékaři diagnostikovali lehkou až střední formu spojenou s epilepsií. Testovaný není obézní a podle BMI ⁶spadá do kategorie normálu. Má však problémy s motorikou. Problémy mu dělá např. i chůze ze schodů, skok z pařezu atd.

- Školní anamnéza

Co se týče školní docházky, tak po návštěvě poradenského centra bylo rodině doporučeno žáka zařadit do základní školy speciální. Rodiče se snažili o integraci do běžné základní školy, ale žák nebyl schopen výuku zvládnout. Problémy nebyly pouze ve zvládnutí učiva, ale ani školní kolektiv testovaného nepřijal. Proto druhý ročník základní školy již testovaný absolvoval ve speciální základní škole. Nyní zde navštěvuje pátý ročník a dle jeho slov je tu moc rád. A má tu kamarády a hodné tety. Tetami jsou myšleni pedagogové, kteří se o děti starají a vyučují je. Pojem učitel, žáci této školy moc neznají. Testovaný je klasifikován slovně. A vyučován podle rámcového vzdělávacího programu pro základní školy speciální.

⁵ Klokánkování – metoda využívající se u předčasně narozených dětí, kdy má dítě bezprostřední kontakt s matkou tzv. kůži na kůži. Dodá pocit bezpečí, navodí laktaci a stabilizuje stav miminka.

⁶ Body mass index

Škola vyučuje podle ŠVP⁷ s názvem Škola pro život II. Tento vzdělávací plán je pro každého žáku upraven pomocí individuálního vzdělávacího plánu. Výjimkou není tedy ani náš testovaný.

Rodiče stále spolupracují s poradenským centrem a s pedagogy školy komunikují často. Navštěvují všechna školní představení a své dítě podporují.

U charakteristiky výzkumného souboru bych chtěla také zmínit, že vybraný vzorek, ač se nezdá být veliký, je dle mého názoru adekvátní. Dle dotazníkového šetření o zdravotně postižených osobách v České republice, které proběhlo v roce 2007 pod záštitou Českého statistického úřadu. Bylo zjištěno, že mezi námi žije jedenáct tisíc šest set dětí ve věku od nuly do čtrnácti let, trpící mentálním postižením. Z tohoto čísla však ještě musíme odečíst děti, které ještě nejsou školou povinné. Zjistíme, tedy, že se jedná o necelá dvě procenta dětí v populaci. A počet vzdělávacích zařízení pro tyto děti je také značně omezený. V našem okrese jsem našla pouze jedině. Z těchto údajů vyplývá, že není možné porovnávat velikost vzorku běžné populace a mentálně postižených. Musíme přihlédnout k počtu jedinců ve společnosti.

5.1.4 Organizace výzkumu

Nejprve jsem si ověřila dostupné možnosti testování v místě mého bydliště, abych mohla do školy osobně docházet a s testovanými dětmi pracovat. Paní ředitelka i pedagogové byli velmi vstřícní a ochotní a spolupráce probíhala bez větších obtíží.

Za spolupráce s pedagogy jsme vytvořili výzkumný vzorek dětí, na který jsem aplikovala soubor cviků z testové baterie s říkankou. První měsíc měly děti za úkol seznámit se s testovou baterií a osvojit si říkanku. Druhý měsíc sloužil ke zlepšení provedení testovaných cviků a třetí měsíc k upevnění naučených dovedností a vytvoření si pravidelného pohybového návyku.

Po dokončení testování jsem zpracovala výsledky a vyhodnotila je na základě stanovených hypotéz. Ze zjištěných výsledků jsem vyvodila závěry a získané poznatky využiji v mé budoucí profesní kariéře.

⁷ ŠVP – Školní vzdělávací plán

5.2 Analýza

5.2.1 Testová baterie

Soubor cviků pro děti ze základní školy speciální v Mladé Boleslavi

Na základě získaných poznatků z nastudované literatury a za pomoci zkušených pedagogů jsem vytvořila soubor cviků do testové baterie. Cviky, jak již bylo zmíněno, byly doprovázeny říkankou, která měla dětem pomoci snadněji si zapamatovat jejich návaznost. Testová baterie tedy dodržuje zásady rozcvičení, které jsou popsány v teoretické části práce. Inspiraci jsem také čerpala z jógy, konkrétně asi z nejznámějšího systému Pozdrav slunci.

Cviky jsou poskládány od mobilizačních cvičení po protahovací a posilovací. Tyto děti mají problém s motorikou, a proto jsme musely volit ze snadněji proveditelných cviků. Cílem baterie bylo mimo vybudování pohybového návyku, také zmírnit svalové dysbalance. Posílit ochablé svaly a protáhnout svaly zkrácené. Z tohoto důvodu první dva cviky sloužily k mobilizaci horní poloviny těla, poté jsme se už více věnovaly protažením páteře a posílení zádových svalů. Oblast zad jsem zvolila z důvodu následné výuky, která probíhá v lavicích. A páteř je zde nepřiměřeně zatěžována, což vede, jak již bylo zmíněno k ochabnutí a zkrácení. Jedná se konkrétně o trapézový sval, který má za úkol fixovat a stabilizovat lopatky, široký sval zádový způsobující rotaci paží, rombické svaly, přitahující lopatky směrem k sobě a mírně nahoru a zdvihač lopatky, který zdvihá lopatku a provádí úklony hlavou. Samozřejmě jsem zde nevyjmenovala všechny zádové svaly, ale pouze ty největší.

5.2.1.1.1 Testová baterie

1. Úzký stoj rozkročný – kroužíme zápěstím a později celým předloktím

Cílem je: mobilizace horní poloviny těla, zejména oblasti horních končetin

Nejčastější chyby: stoj není úzký, prohýbání se v páteři, špatná koordinace při kroužení

2. Úzký stoj rozkročný – ruce v bok, úklony vpravo a vlevo

Cílem je: mobilizace horní poloviny těla, zejména oblasti boků a pánve

Nejčastější chyby: stoj není úzký, prohýbání se v páteři

3. Zamávání kamarádům

4. Leh na zádech – tělo je volně nataženo v podélné ose, chodidla mírně sklopena, bedra jsou přitisknuta k podložce, břicho vtaženo dovnitř, horní končetiny leží volně podél těla ve vnější rotaci, ramena jsou uvolněna a šíje prodloužena, poté se ruce přesouvají do vzpažení a protahujeme špičky u nohou a snažíme se rukama dosáhnout, co nejdále

Cílem je: protažení svalů kolem celé páteře a prsních svalů

Nejčastější chyby: neudržení bederní páteře po celou dobu cviku na podložce, stahování hýžděových svalů, vytahování se z pasu do špiček

5. Přecházíme do lehu na břicho – tělo je volně nataženo v podélné ose, chodidla jsou spojena, sklopena mimo podložku, horní končetiny jsou umístěny ve vnější rotaci (tzn. dlaněmi k zemi) podél těla, ramena uvolněná, hlava v prodloužení trupu, čelo je opřeno o podložku, zatneme hluboké břišní svalstvo (dýcháme do celého břicha), pár sekund prodýcháváme

Cílem je: uvolnění svalů v oblasti dolní bederní páteře a křížové oblasti

Nejčastější chyby: při podsazení pánve došlo k pohybu u hýžděového a zadního stehenního svalstva, špatné dýchání

- 6. Kočičí hřbet** – Vzepřeme se na dlaních ve zvýšené poloze klečmo. Hlavu vyvěsíme volně k zemi. Kolena a chodidla máme mírně od sebe. Vyhrbíme se, stáhneme břišní a hýžděové svaly. Vydechneme, povolíme a necháme tělo propadnout. Cvik zopakujeme dvakrát.

Cílem je: mobilizace hrudní a bederní páteře

Nejčastější chyby: zaklánění hlavy, krčení loktů při výdechu, nadměrné prohýbání v bederní páteři.

- 7. Stoj spojný nebo mírně rozkročný** – (chodidla jsou rovnoběžně), kolena napnutá, břicho zataženo, hrudník vztažen vzhůru, brada zatažena, pohled přímo vpřed, lopatky u sebe, ramena zatažena, horní končetiny visí volně podél těla

Cílem je: správné postavení páteře, tzv. rovná záda,

Nejčastější chyby: nežádoucí prohnutí páteře, končetiny se nedotýkají vnitřní stranou

- 8. Hluboký ohnutý předklon** – rukama se opřeme dle míry protažení dolních končetin za koleno, hlezno, špičku protahované nohy či zem, s výdechem zároveň přitáhneme hrudník ke stehnu a špičku k bérce, pokud nezvládnou, mohou si nohu pokrčit

Cílem je: protažení lýtkových svalů, hamstringů a paravertebrálních svalů, u dětí s postižením náročné i na koordinaci

Nejčastější chyby: neudržení pánve v jedné rovině, nepropnutí nohy v kolenou

- 9. Dřep** – opakovat 3krát, nohy na šířku ramen, špičky směřují dopředu, kolena nesmí, přesáhnou před špičky, kolena by měla směřovat spíše ven

Cílem je: posílení dolních končetin, zlepšení koordinace

Nejčastější chyby: kolena přesahují špičky, jsou vtočena směrem dovnitř

5.2.1.1.2 Básnička k vytvořenému souboru cviků

Dobrý den, dobrý den,

dneska máme krásný den.

Dobrý den, dobrý den,

rozcvičku si užijem.

Kamarádům zamáváme, a na zem se natáhneme,

ruce nohy protáhneme, až do nebe dosáhneme.

Potom svět náš roztočíme, na bříško se přetočíme.

Hlavu opřem, ruce vzepřem, a s nikým se o nic nepřem.

Hlava už přestala, motat se sama,

To je však pro všechny, moc dobrá zpráva.

Ted' už snad jenom, ten náš hřbet kočičí, zbývá nám procvičit.

Potom už můžeme, k zemi se shýbat,

Vypadá to však že, kousek nám chýbá.

To však nám nevadí, protože víme,

že za čas všichni to, skvěle napravíme.

Rozcvička končí, všichni se smějí,

dřepík však ještě, udělat smějí.

5.2.2 Popis výzkumu

Testování žáků probíhalo od září do listopadu tohoto roku. Zúčastnilo se ho celkem dvacet čtyři dětí. Měření bylo prováděno v průběhu celé doby testování. Cvičení probíhalo vždy ve stejnou dobu na stejném místě. Konkrétně tedy v ranních hodinách mezi půl osmou a osmou, ve společenské místnosti speciální základní školy. Cvičilo se každý školní den kromě pátku, kdy měly děti v ranních hodinách tělesnou výchovu a musely se přesouvat do nedaleké tělocvičny.

Samotné cvičení probíhalo následovně. Děti se nejprve vyzuly z přezůvek, aby necvičily v pantoflích, dívky si museli svázat vlasy do culíků a sundat všechny šperky, jako jsou velké náušnice, řetízky, náramky a hodinky. To vše z důvodu bezpečnosti. Oblečení nebylo striktně dodržováno, kvůli úspoře času. Většinou však děti nosily tepláky nebo děvčata legíny a tričko. Což tyto děti nosí běžně z hlediska jejich komfortu. Spolu s pedagogy jsme zkontrolovali cvičební prostor, zdali se v něm nenachází nebezpečné předměty. Zejména figurky z deskových her nebo kostičky lega.

Poté následovalo samotné cvičení doprovázené říkankou. Zpočátku jsme dětem předcvičovali a snažili se jim vštípit říkanku, která jim pomohla se zapamatováním skladby cviků. Po zhruba prvním měsíci již děti zvládaly říkanku i cviky, a proto jsme se mohli více zaměřit na správné provedení cviků a vštěpování správných pohybových návyků. V rámci rychlejšího osvojení říkanky i cviků, jsme dětem básničku a skladbu cviků s obrázky a popisem dali k dispozici i domů.

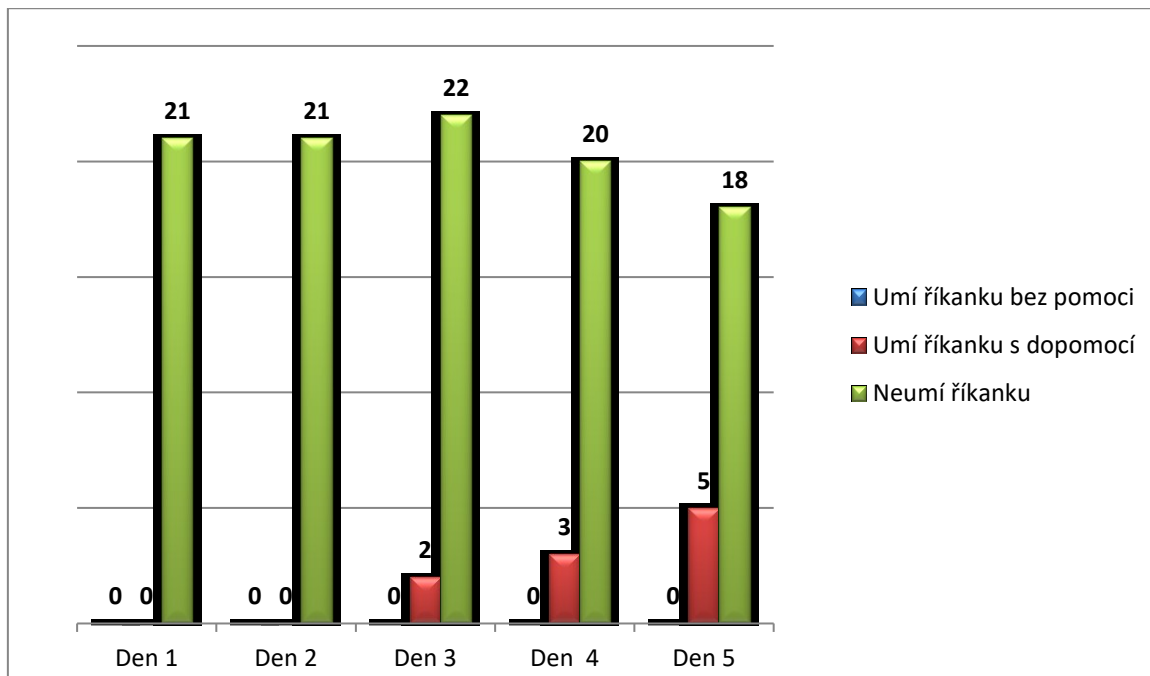
Dotazníkové šetření probíhalo v kmenových třídách žáků. Konkrétně na úplném konci testování. Dětem byly rozdány tištěné dotazníky se smajlíky. Děti měly za úkol pomocí dotazníků ohodnotit, jak se jim testová baterie doplněná říkankou líbila. Celkem byly v dotazníku položeny tři otázky, zaměřené na oblíbenost rozcvičky a říkanky. Poslední otázka se týkala vytvoření pohybového návyku.

5.2.3 Výsledky výzkumu

Výsledky výzkumu dopadly následovně. V první části bych se chtěla zaměřit na vyhodnocení testové baterie. Celkem proběhlo deset cvičení v září, patnáct v říjnu a patnáct v listopadu. Dohromady tudíž děti cvičily čtyřicetkrát. Za tuto dobu zvládly osvojení říkanky, ke kterému dopomohlo i domácí procvičování. I osvojení cviků a jejich návaznost. Správného a přesného provedení cviků však nebylo možné docílit. Kvůli odlišné stavbě těla, problémům s motorikou a celkovou omezenou funkcí pohybového aparátu. Čtyři děti také za celou dobu testování nebyly schopny si cviky ani říkanku zapamatovat. U jednoho z cvičenců nebylo možno ověřit zvládnutí říkanky, kvůli problémům s komunikací. Cviky však cvičenec zvládl a prováděl je ve správném provedení, tedy uzpůsobeném k jeho zdravotnímu stavu. V druhé části se zaměřím na vyhodnocení dotazníkového šetření.

Výsledky říkanky

První až páté opakování – říkanka září

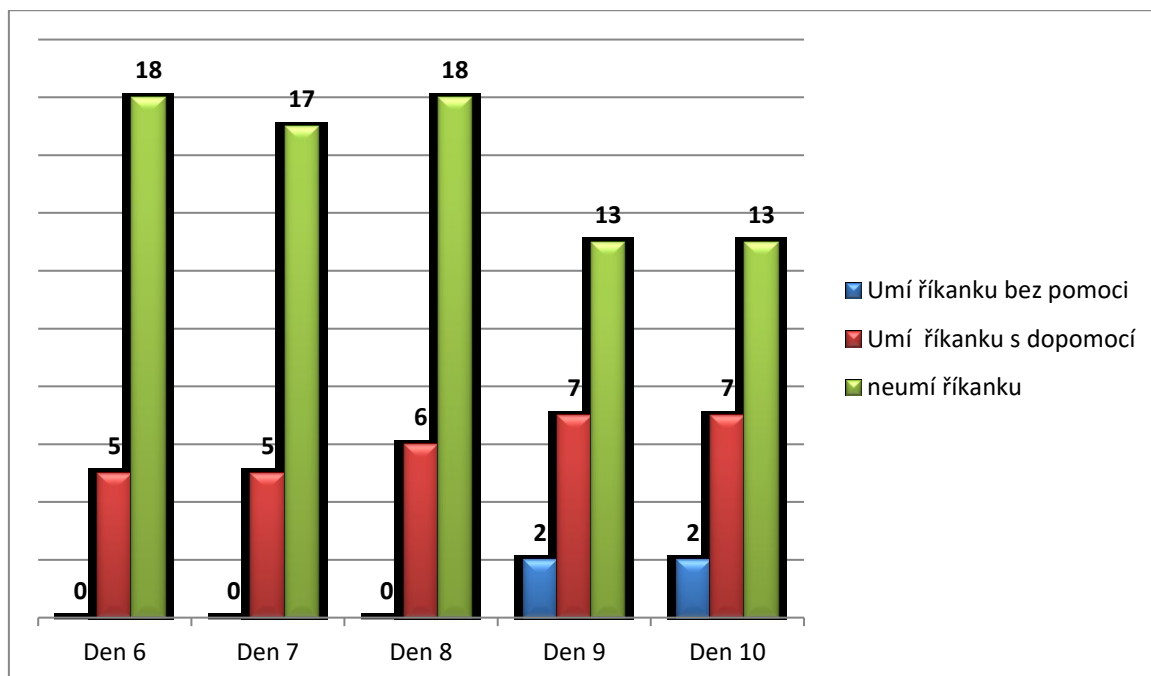


Graf 1 září – říkanka 1(vlastní)

Z grafu vyplývá, že během prvních pěti opakování nebylo žádné dítě schopno si říkanku zapamatovat. Třetí den dvě děti již zvládaly opakovat a rozpomínat se na útržky říkanky. Tento počet dětí se zvýšil v den čtvrtý na tři a v den pátý na pět. Ostatní děti stále říkanku neuměly.

Myslím si, že prvních pět opakování ani nemohlo dopadnout jinak. Děti cviky ani říkanku neznaly, tudíž ji ani nemohly umět. Překvapilo mě však, že již třetí den se dvě děti snažili opakovat a zapamatovávat si říkanku.

Šesté až desáté opakování – říkanka září

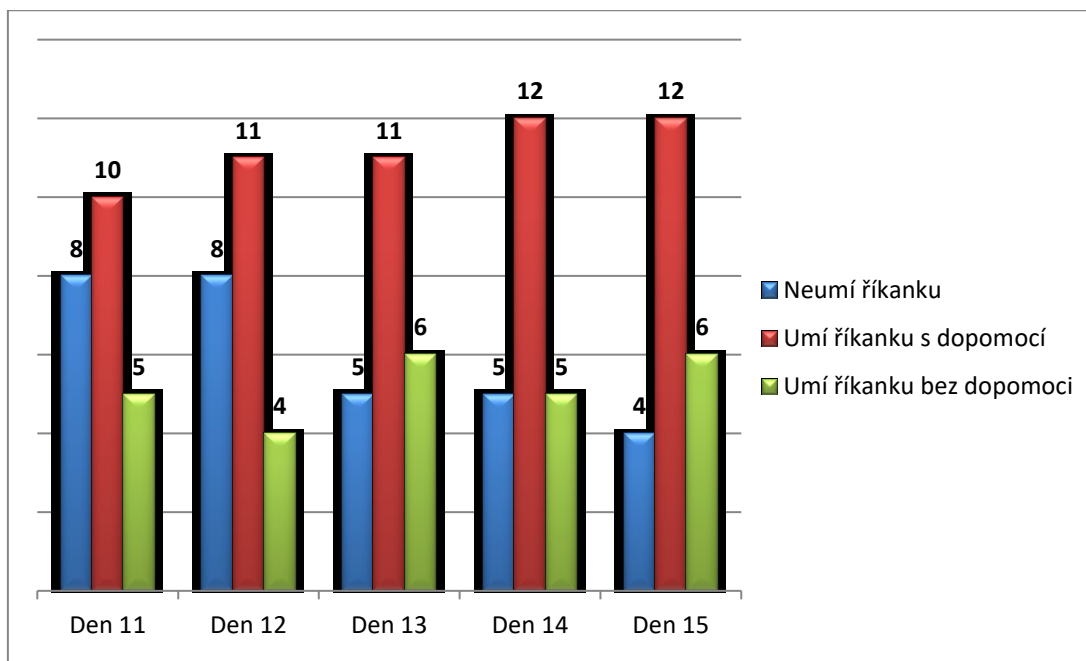


Graf 2 září – říkanka 2(vlastní)

Z grafu vyplývá, že při pátém a šestém opakování již pět dětí umělo říkanku s dopomocí. V opakování osmém se přidal další cvičenec a zvýšil počet dětí, které umí říkanku s dopomocí na šest. Deváté a desáté opakování se počet dětí, které umí říkanku s dopomocí, opět zvýšil na celkem sedm, a dokonce dvě děti již uměly říkanku zcela bez pomoci.

V tomto období mě překvapilo, že již při devátém opakování dvě děti uměly, říkanku bez dopomoci. Počet dětí, co říkanku neumí, však zůstal větší, než jsem předpokládala.

Jedenácté až patnácté opakování – říkanka říjen

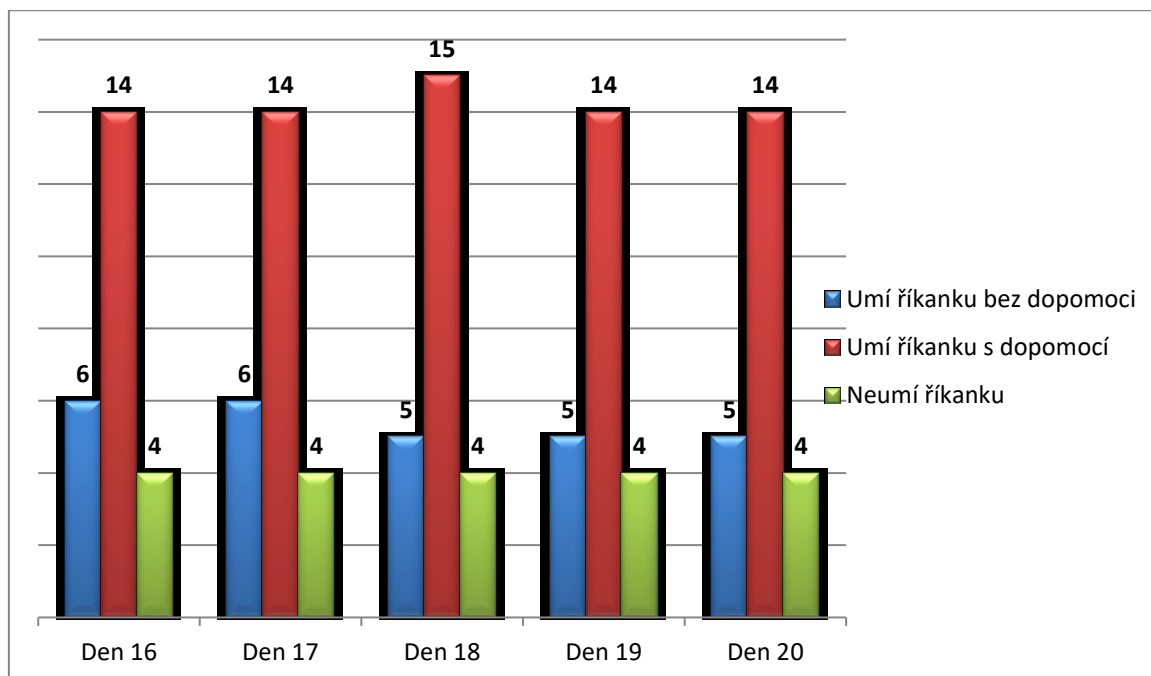


Graf 3 říjen – říkanka 3(vlastní)

Z grafu vyplývá, že počet dětí, které zvládají říkanku bez pomoci, se zvýšil v jedenáctý a na pět dětí, dvanáctý den došlo k poklesu na čtyři děti, třinácté opakování se počet opět zvýšil na šest dětí, počet dětí, které umí říkanku s dopomocí, se zvýšil při patnáctém opakování na dvanáct a děti které říkanku neumí vůbec, se snížil na čtyři.

V patnáctém opakování již byly děti dle mého názoru velmi šikovné. Pouze na čtyřech cvičencích nebyl znát pokrok v zapamatování říkanky. Což si myslím, že je vzhledem k jejich postižení úspěch.

Šestnácté až dvacáté opakování – říkanka říjen

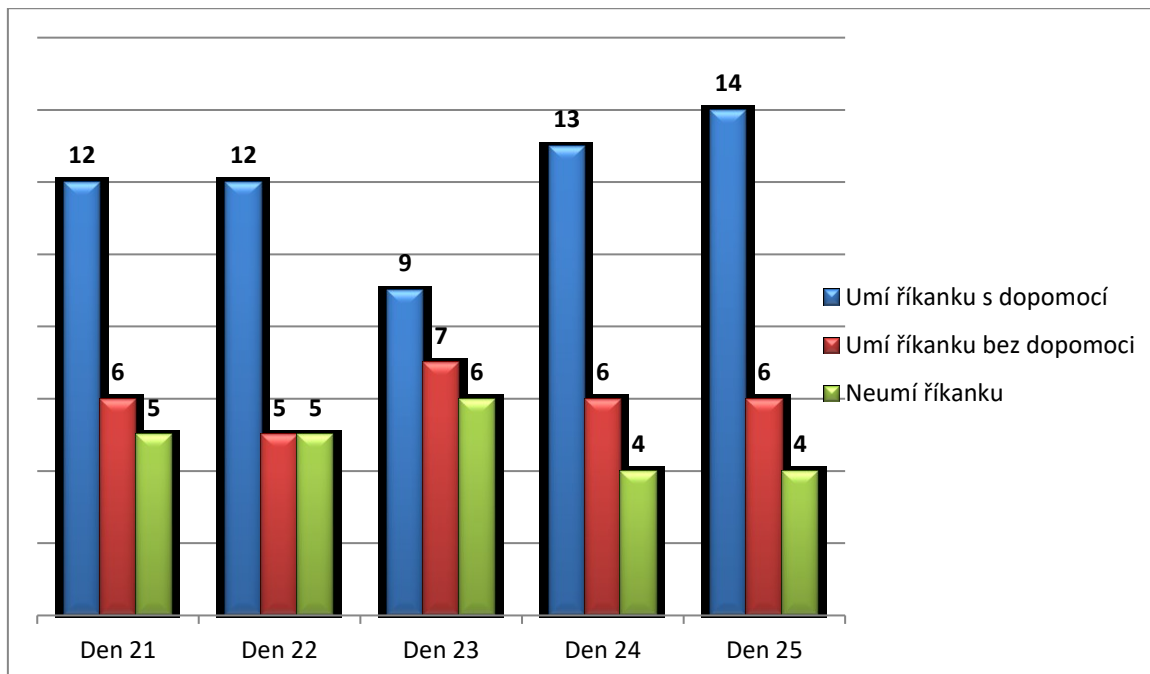


Graf 4 říkanka 4(vlastní)

Z grafu vyplývá, že pouze čtyři děti nebyly schopny si říkanku zapamatovat. Bez dopomoci zvládá říkanku již pět dětí a s dopomocí čtrnáct dětí.

Podobné výsledky jsem očekávala, jelikož čtyři děti, co říkanku neumí, asi ani nebudou schopné si ji do konce testování osvojit.

Dvacáté první až dvacáté páté opakování – říkanka říjen

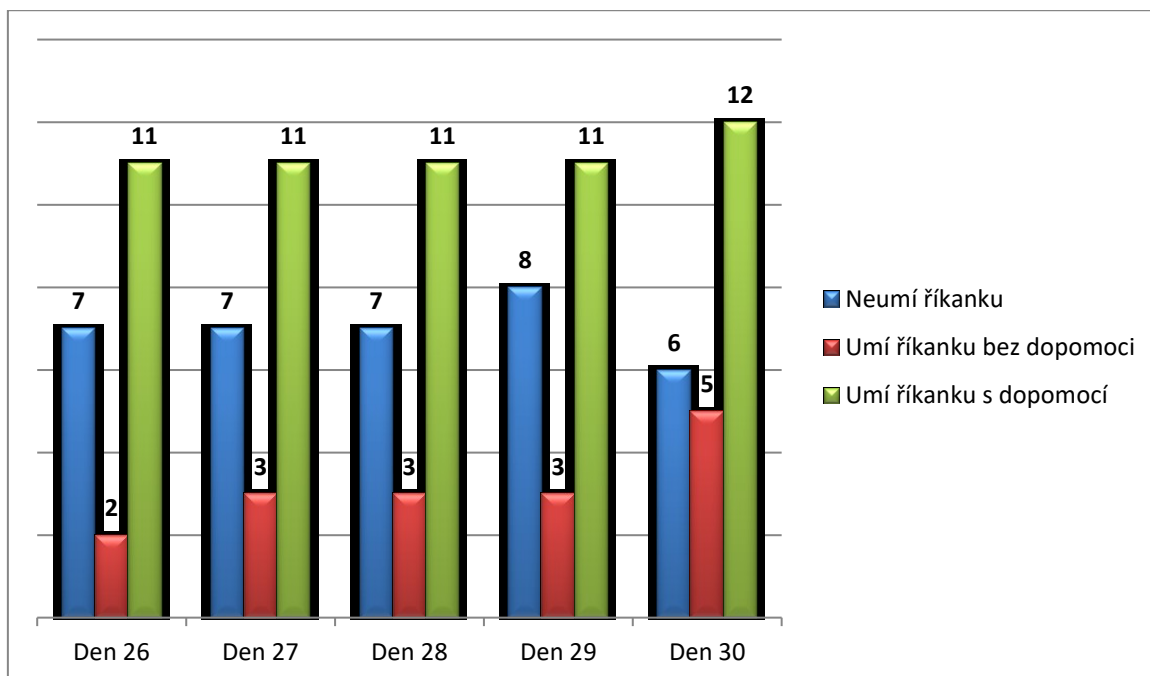


Graf 5 říkanka 5 (vlastní)

Z grafu vyplývá, že uprostřed testování došlo k výkyvům ve výsledcích. Na závěr týdne už se děti opět dostaly do normálu a počet dětí, které nezvládají říkanku, opět klesl na čtyři. Ty, které zvládají říkanku s dopomocí na čtrnáct. A bez dopomoci na šest.

Myslím si že, tyto výsledky v tomto období ovlivnily nadcházející prázdniny. Děti byly málo soustředěné a spíše než na cvičení, se těšily na nadcházející volno.

Dvacáté šesté až třicáté opakování – listopad

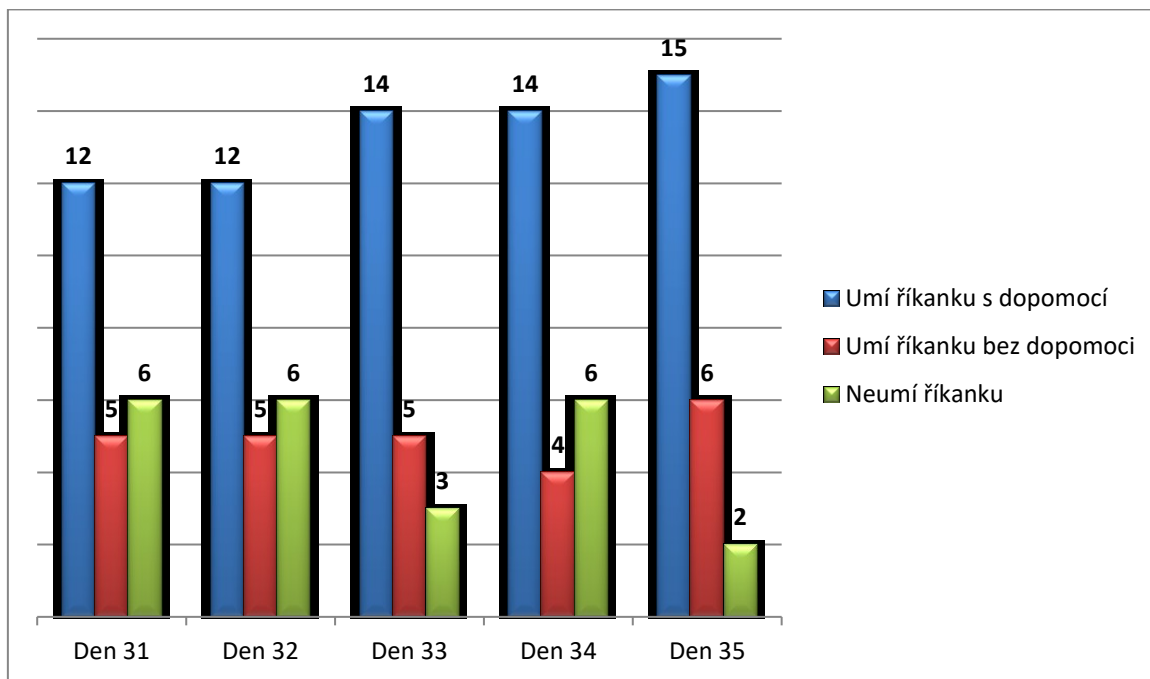


Graf 6 říkanka 6 (vlastní)

Z grafu vyplývá nárůst dětí, které nezvládají říkanku. Zde jsme se vyšplhaly až na počet osm. U dětí, které již říkanku uměly, byl také zaznamenán pokles. Nejvýše v tomto období umělo říkanku bez dopomoci pět dětí a nejméně dvě. S dopomocí byla jediná kategorie, ve které jsem nezaznamenala velké výkyvy. Celkem umělo říkanku s dopomocí dvanáct dětí. Nejméně jedenáct.

Dle mého názoru zhoršené výsledky dětí způsobily prázdniny a opět potrvá, než se vrátíme zpět do obvyklých výsledků. Na vině však také mohou být nemoci spojené s podzimem. Mnoho dětí prodělalo onemocnění horních cest dýchacích a další přidružené obtíže.

Třicáté první až třicáté páté opakování – listopad

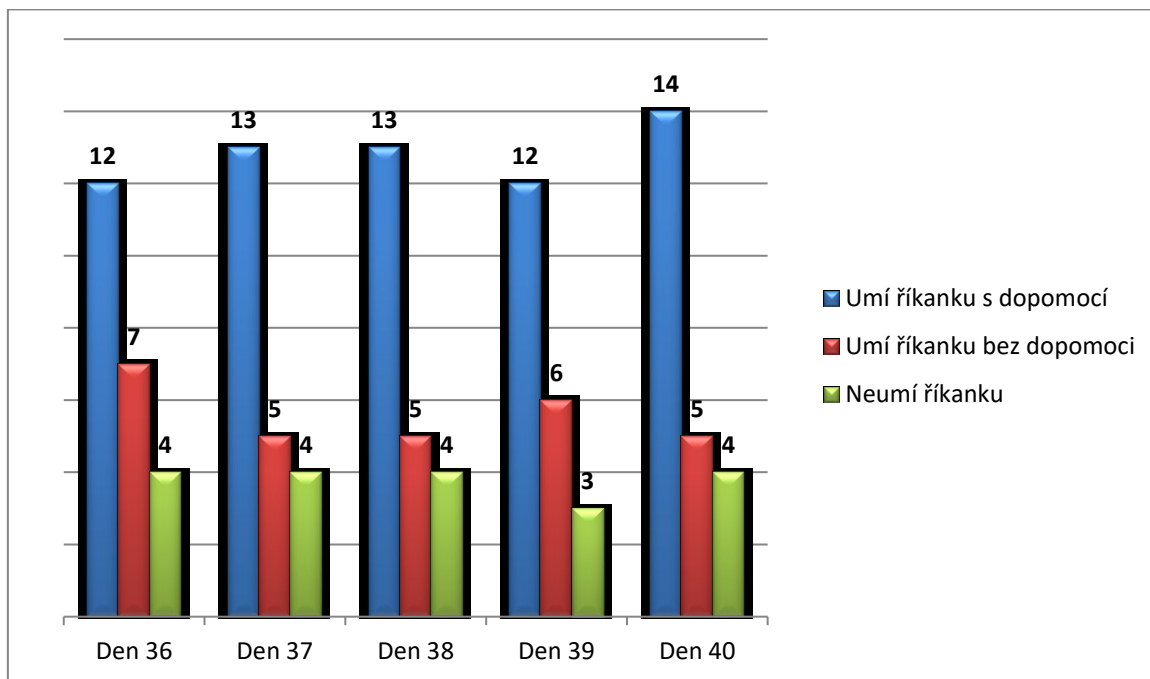


Graf 7 říkanka 7 (vlastní)

Z grafu vyplývá, že počet dětí, které umějí říkanku s dopomocí, opět stoupá. Konkrétně se vyšplhal až na číslo patnáct. Počet dětí, které umějí říkanku bez dopomoci, také vzrostl, nejvíce jich bylo v tomto období šest. A počet dětí, které říkanku neovládají, nejprve vzrostl na šest a poté klesl na dvě.

Tento pokles byl způsoben nepřítomností jedinců, kteří osvojení ani cviky neovládají a nejspíše ke zlepšení nedojde.

Třicáté šesté až čtyřicáté opakování – listopad



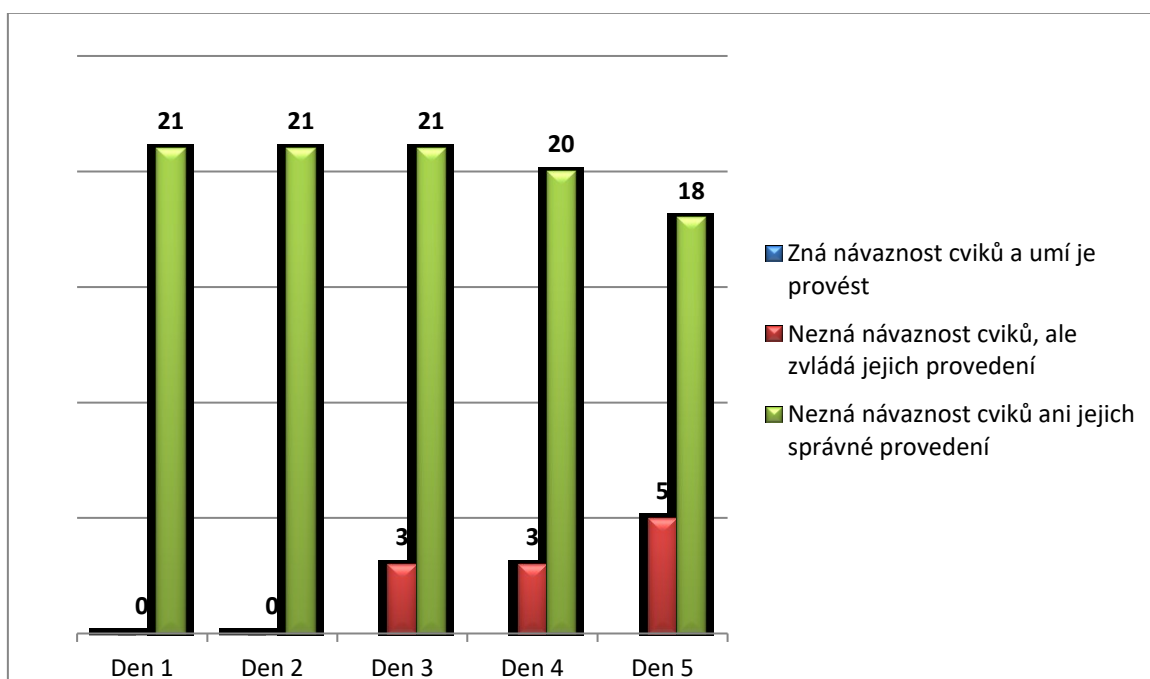
Graf 8 říkanka 8 (vlastní)

Graf ukazuje situaci před ukončením testování. V závěru výzkumu jsme docílili těchto hodnot. Počet dětí, které si říkanku nedokázaly osvojit, zůstal stabilní. Většinou se pohyboval okolo čísla čtyři. Počet dětí, které říkanku zvládly samy, se již také moc nezměnil. Pohyboval se mezi hodnotami pět až sedm. A na závěr počet dětí, které říkanku umí s dopomocí, se pohyboval mezi hodnotami dvanáct až čtrnáct.

Závěrem bych chtěla říci, že jsem již z průběhu testování podobné výsledky očekávala.

Výsledky prováděných cviků

První až páté opakování cviků – září

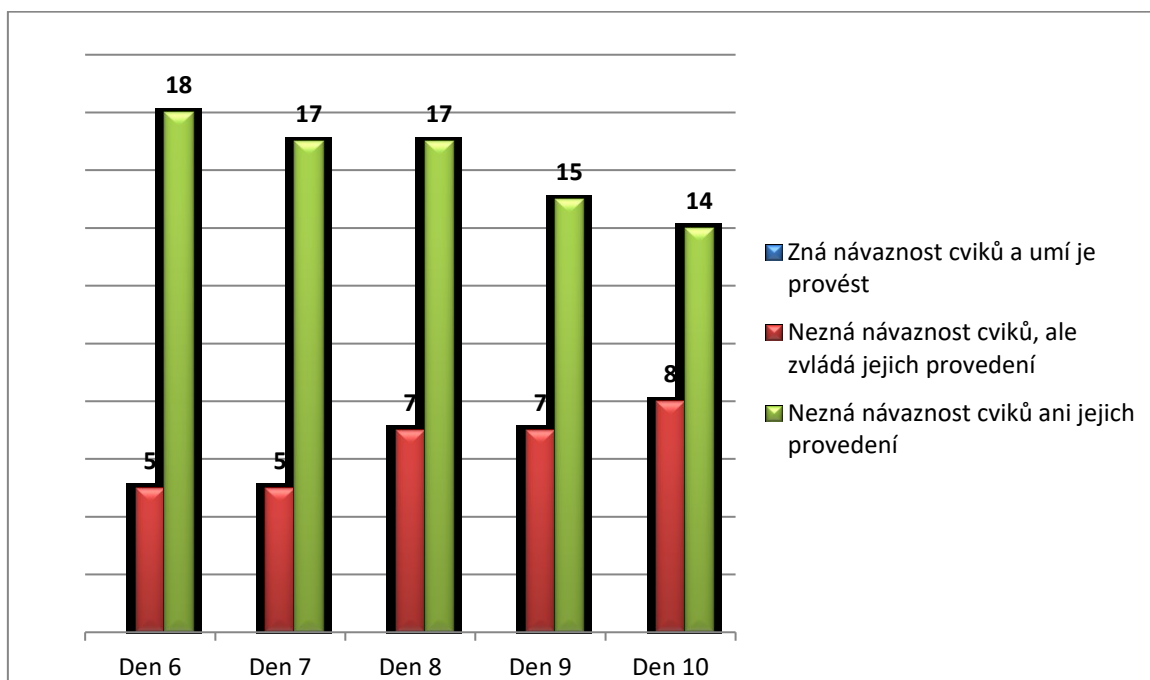


Graf 9 cviky září-1 (vlastní)

Z grafu vyplývá, že první a druhé opakování žádné dítě neznalo návaznost cviků a ani je neumělo správně provést. V třetím a čtvrtém opakování sice stále žádné dítě neznalo správnou návaznost cviků, ale již tři děti byly schopné alespoň část cviků správně provést. V pátém opakování se stav ještě zlepšil a správně cviky provést svedlo již pět dětí, zatím, ale stále bez návaznosti.

Jelikož děti cviky neznaly, nemohly je ani správně provést, proto mě tyto výsledky nepřekvapily.

Šesté až desáté opakování cviků – září

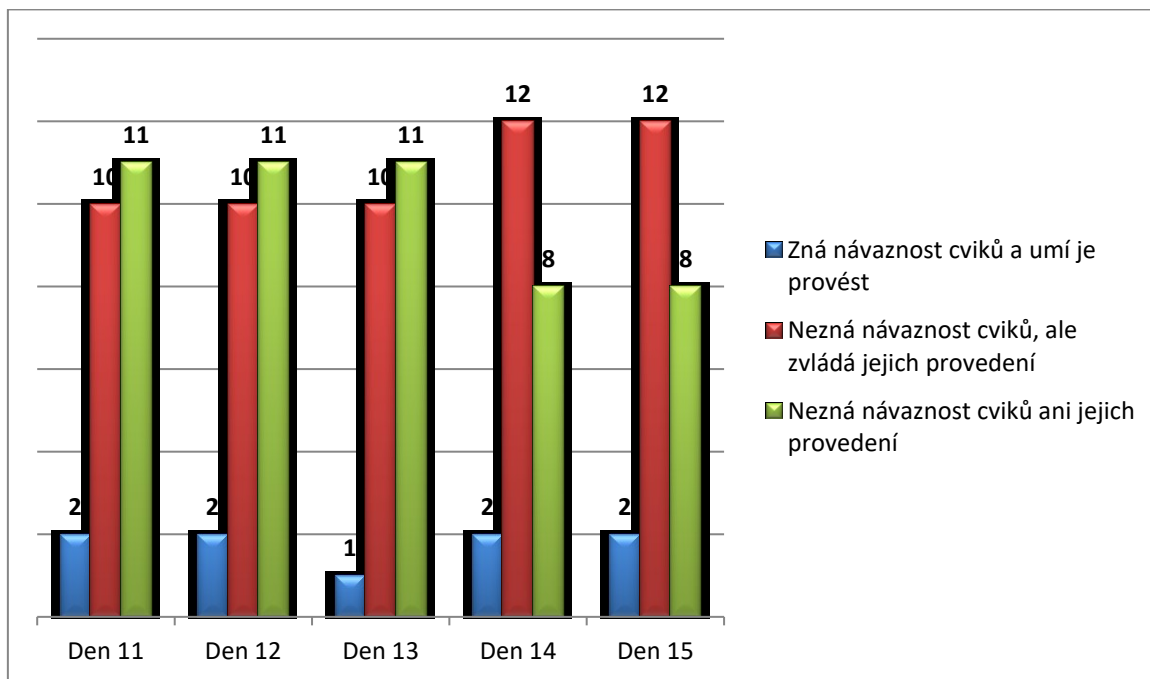


Graf 10 cviky září 2 (vlastní)

Z grafu vyplývá, že šestý a sedmý den již cviky zvládalo provést pět dětí. Osmé a deváté opakování se počet zvýšil na sedm. A při desátém opakování se počet zvýšil ještě o jedno na celkem osm dětí. V těchto výsledcích mě překvapila rychle stoupající tendence v oranžové křivce, tedy zvládnutí cviků bez návaznosti. Desáté opakování už osm dětí zvládalo provést cviky v podobě, již jim umožňoval zdravotní stav a přiblížily se i správnému provedení.

Za poměrně krátkou dobu více než polovina cvičenců již ovládá správné provedení cviků dle jejich možností, tento fakt mě vzhledem k jejich postižení mile překvapil.

Jedenácté až patnácté opakování cviků – říjen

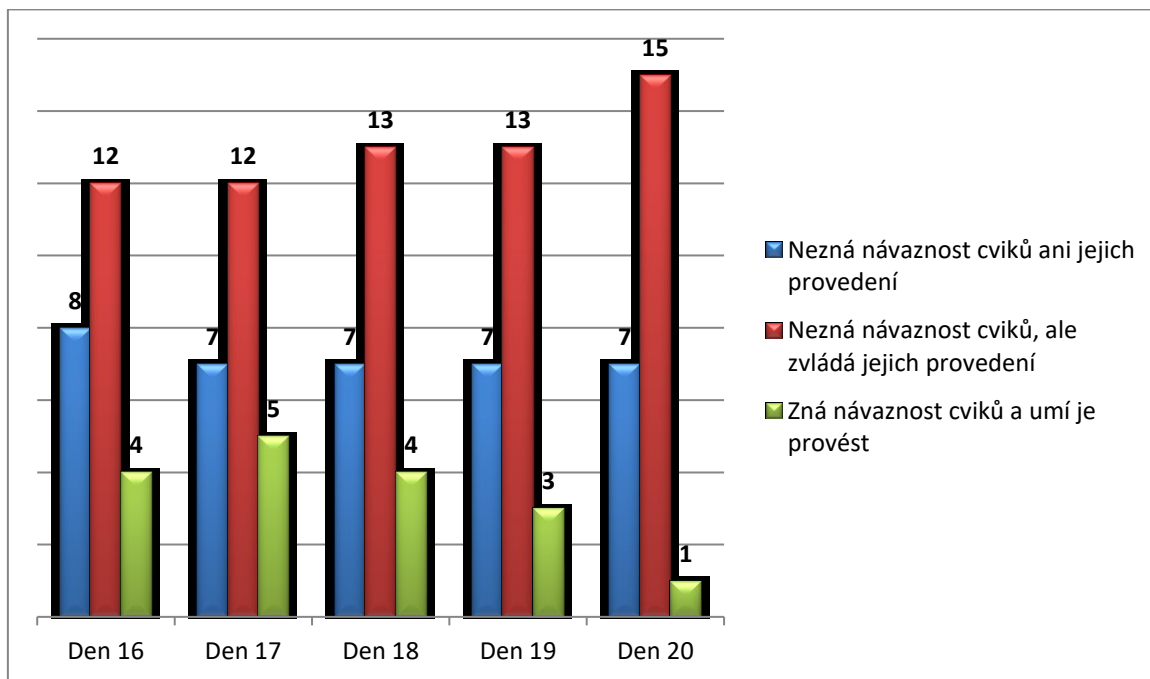


Graf 11 cviky říjen 4 (vlastní)

Z grafu vyplývá, že počet dětí, které znají návaznost cviků a jsou schopny je správně provést, zatím vzrostl pouze o dvě. Avšak přibyl počet dětí, které neznají návaznost cviků, ale umí je správně provést. Zde se počet vyšplhal až na dvanáct. Naopak mírně poklesl počet dětí, které cviky neznají a ani je neumějí provést. Zde jsme se dostaly až na číslo osm.

Myslím si, že ke změnám v kategorii, kde děti neznají návaznost cviků, ale umí je provést, došlo zejména kvůli již několikátému opakování a děti si cviky pomalu, ale jistě začínají osvojovat.

Šestnácté až dvacáté opakování cviků – říjen

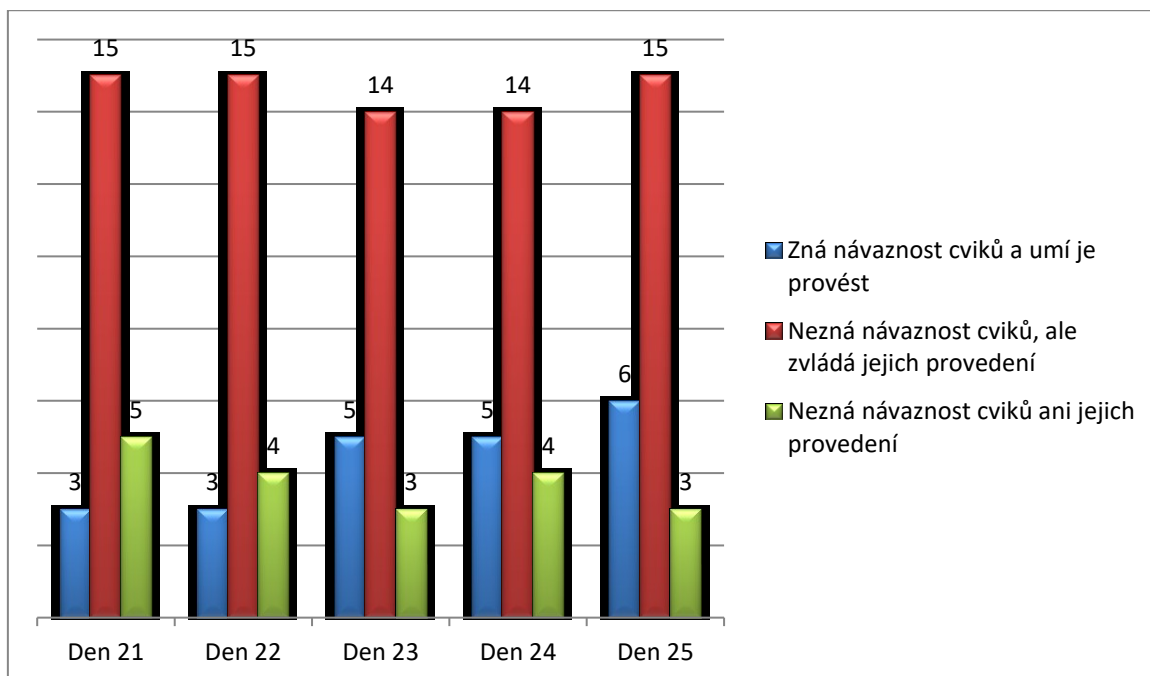


Graf 12 cviky říjen 5 (vlastní)

Z grafu vyplývá, že počet dětí, které neznají návaznost, ani provedení cviků klesá a dostáváme se na hodnotu sedm. Počet dětí, které zvládají provedení, i návaznost nejprve stoupá na pět a později klesne na pouhého jednoho žáka. Počet dětí, které cviky zvládnou, ale nepamatují si, jak jdou po sobě, stoupá. Nejvyšší hodnota zde byla patnáct.

Myslím si, že pokles v kategorii zná návaznost cviků a umí je provést, výrazně klesl jednat z důvodu nemoci a také se zvětšujícím se počtem povinností dětí. Nebyly úplně soustředěné. Možná to bylo i tím, že se více soustředily na říkanku než na cvičení.

Dvacáté první až dvacáté páté opakování-říjen

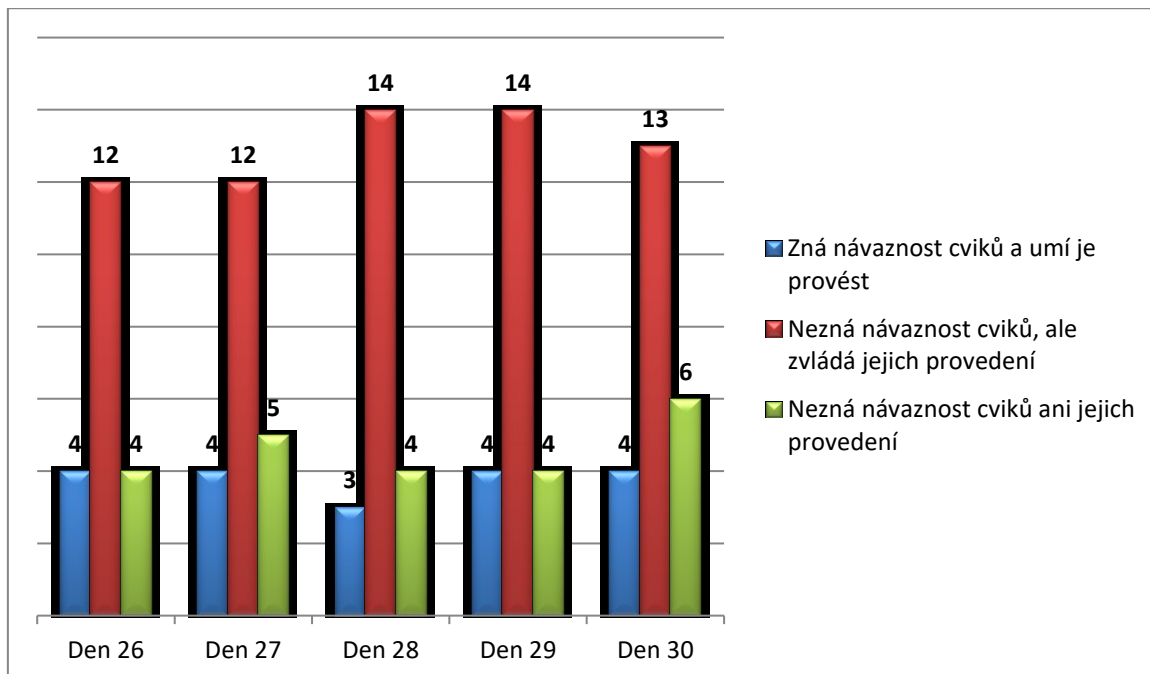


Graf 13 cviky říjen 6 (vlastní)

Z grafu vyplývá, že počet dětí, které neznají správné provedení cviků, klesá. A to sice na počet tři. Počet dětí, které znají jak návaznost, tak správné provedení mírně stoupl. Dostali jsme se až na hodnotu šest. Počet dětí, které znají správné provedení cviků, ale ne návaznost, se téměř nezměnil. Opět zde máme hodnotu patnácti cvičenců.

Nepředpokládám, že počet dětí, které zvládnout cviky bude stoupat, jelikož nás čekají podzimní prázdniny. Spíše mám obavy, že se výsledky zhorší.

Dvacáté šesté až třicáté opakování cviků – listopad

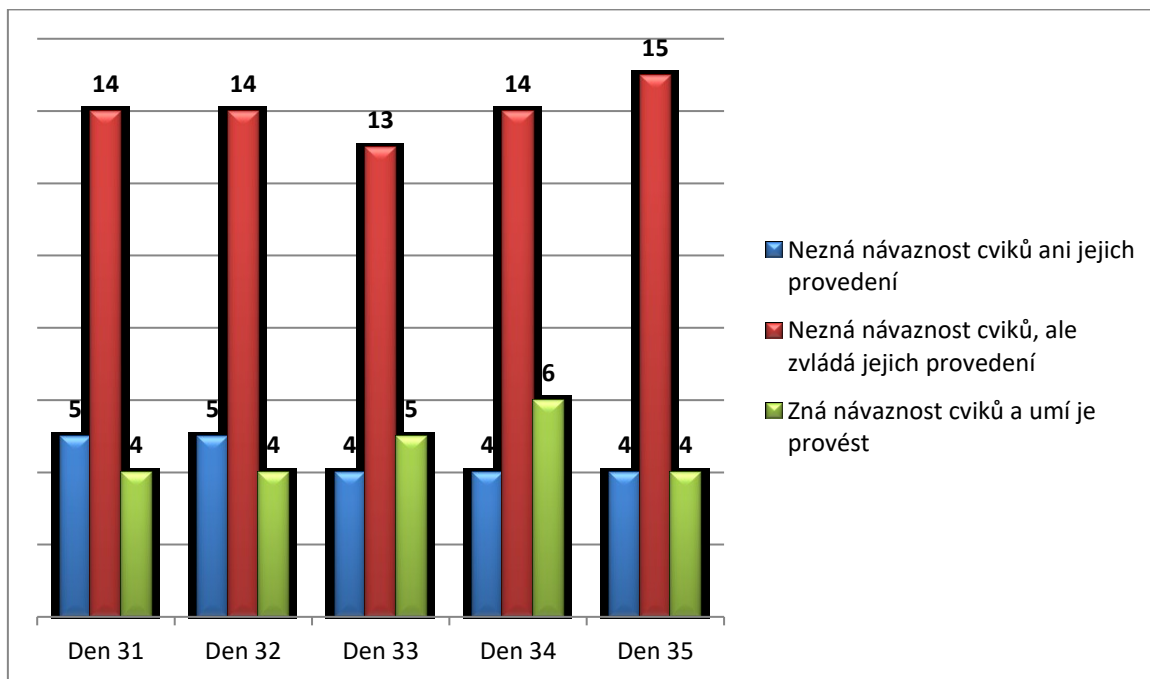


Graf 14 cviky listopad 7 (vlastní)

Z grafu vyplývá, že počet dětí, které cviky umí ve správné podobě, klesl na čtyři. Počet dětí, které cviky zvládají, ale neznají návaznost, se nijak výrazně nezměnil, stále zůstal v rozmezí od dvanácti do čtrnácti. A hodnota těch, kteří cviky nezvládají, stoupl na šest.

Tyto výsledky byly dle mého názoru ovlivněny prázdninami a také nadcházející chřipkovou epidemií.

Třicáté první až třicáté páté opakování cviků – listopad

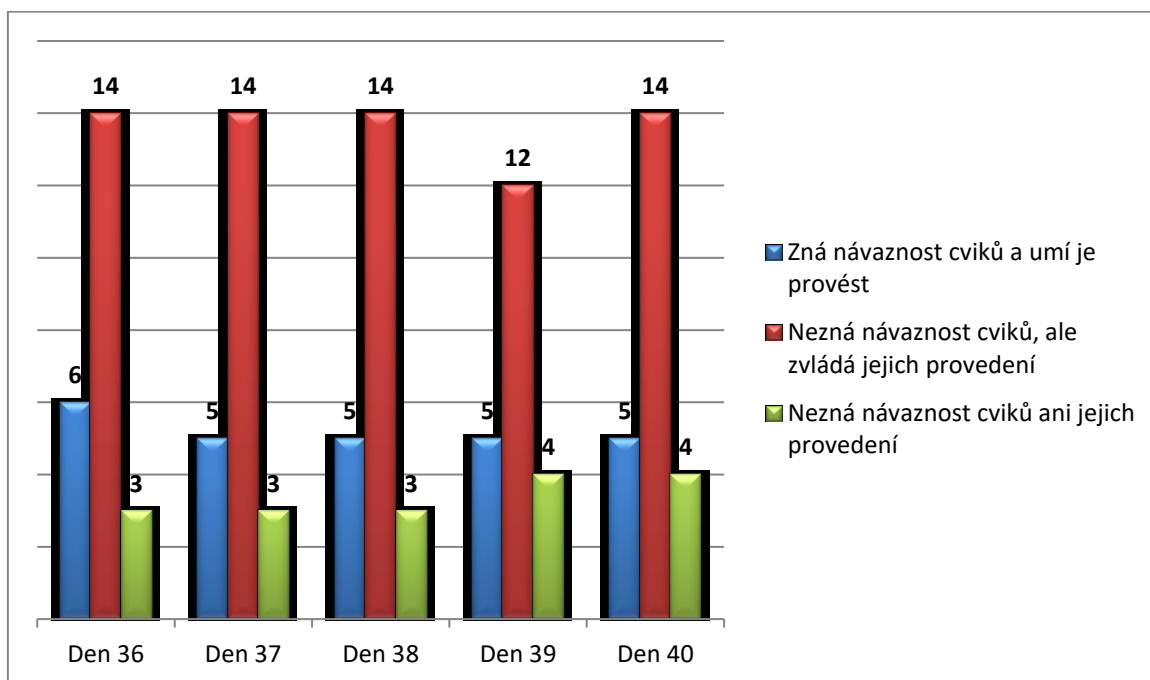


Graf 15 cviky listopad 8 (vlastní)

Z grafu vyplývá, že počet dětí, které umí cviky i jejich následnost se pohybuje v rozmezí od čtyř do šesti. Počet dětí, které zvládají pouze cviky, se pohybuje v rozmezí od třinácti do patnácti a počet dětí, které neumí cviky, klesl na čtyři.

Tyto výsledky jsem již předpokládala, děti se vrátily zpět do běžného režimu a jejich výsledky tomu odpovídají.

Třicáté šesté až čtyřicáté opakování – listopad



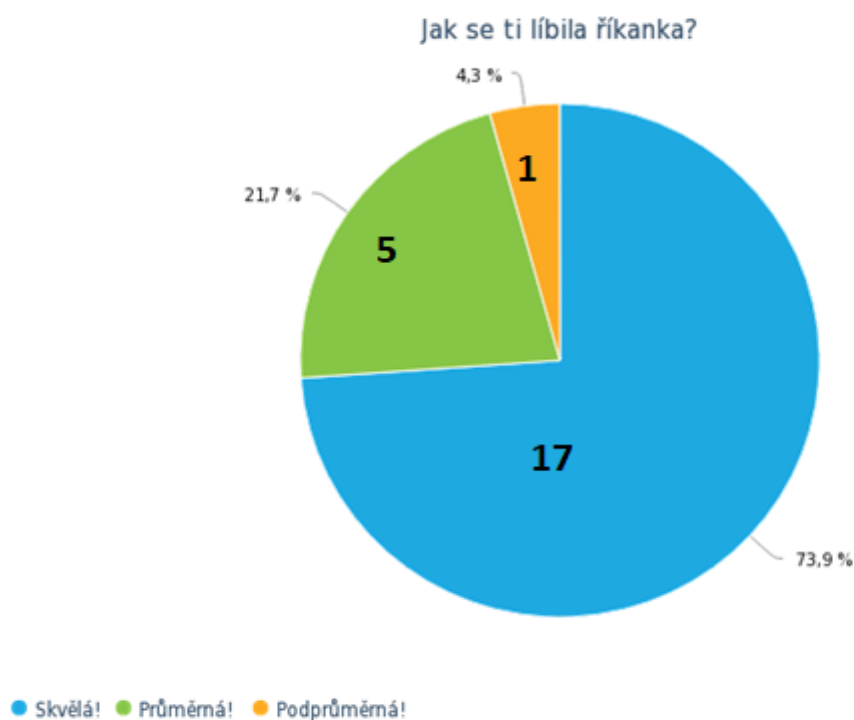
Graf 16 cviky listopad 9 (vlastní)

Z grafu vyplývá, že počet dětí, které znají cviky, i jejich návaznost se pohybuje v rozmezí od pěti do šesti. Hodnota vyjadřující počet dětí, které neznají cviky, se pohybuje mezi třemi až čtyřmi. A počet dětí, které umí cviky provést, ale neznají jejich návaznost, se dostal na hodnotu mezi dvanácti až patnácti.

Výsledky dopadly vcelku dle mého očekávání. Mile mě potěšil počet dětí, které nezvládly bohužel ani cviky ani návaznost. Z počátku jsem nedoufala v tak nízké číslo.

Výsledky dotazníkového šetření

Výsledky dotazníkového šetření dopadly následovně. První otázka byla zaměřena na oblíbenost říkanky, která dětem měla usnadnit zapamatování návaznosti cviků. Konkrétně tedy zněla: **Jak se ti líbila říkanka?** Tato otázka byla doprovázena obrázkem knihy, aby bylo lépe pochopitelné, že se jedná o dotaz na říkanku nikoliv na rozcvičku.



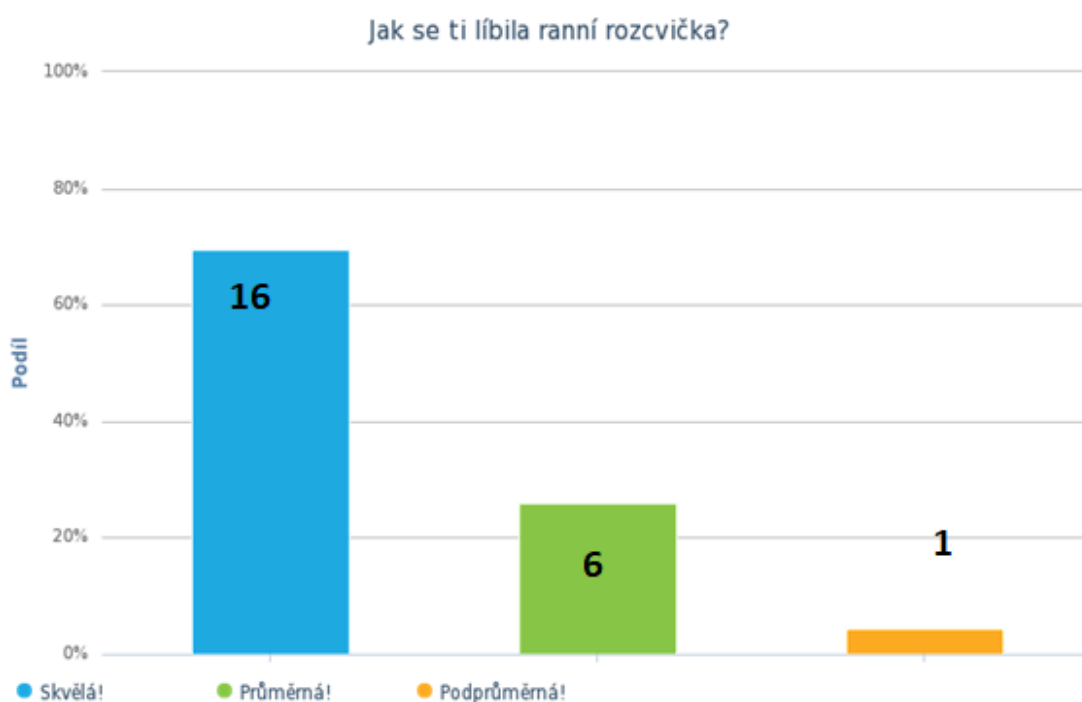
Graf 17 dotazník 1 (vlastní)

Z grafu vyplývá, že **73,9 %**, což odpovídá **sedmnácti** dětem, se říkanka moc líbila a označily ji smajlíkem **skvělá**. **21,7 %**, což je dětí **pět** se říkanka líbila, ale měly k ní malé výhrady a

označily ji smajlíkem **průměrná**, a **4,3%**, tedy **jedno dítě** říkanku označilo smajlíkem **podprůměrná**.

Otázka druhá byla zaměřena na zjištění oblíbenosti rozcvičky. Konkrétně zněla následovně: **Jak se ti líbila ranní rozcvička?** A byla doprovázena obrázkem dětí, které se rozcvičují. Opět byl obrázek použit pro snadnější pochopení otázky.

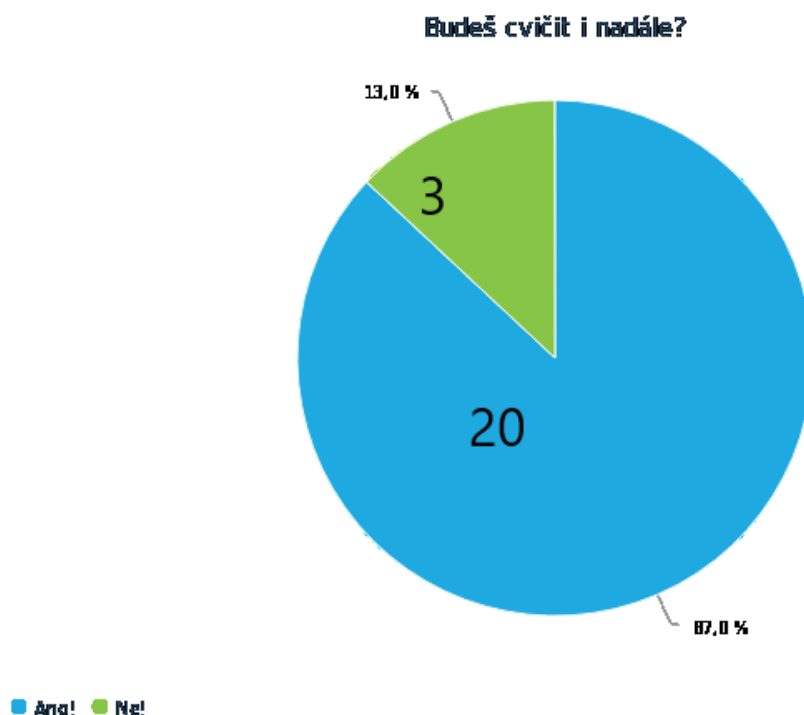
Pravidelný pohyb a jeho vliv na vývoj dětí mentálním postižením



Graf 18 dotazník 2 (vlastní)

Z grafu vyplývá, že **69,6 %** tedy šestnácti dětem se rozcvička líbila a označily ji smajlíkem **skvělá**. **26,1 %** tedy šesti dětem se rozcvička líbila s malými výhradami a zaškrtnuly smajlíka **průměrná**. Zbýlých **4,3 %** tedy jedno dítě vybralo smajlíka **podprůměrná** a rozcvička se mu vůbec nelíbila.

Otázka třetí byla zařazena do dotazníku z důvodu zjištění pohybového návyku. Konkrétně zněla takto: **Budeš cvičit i nadále?** Zde pro lepší pochopení byla otázka opět doplněna obrázkem. Obrázek byl použit stejný jako v předchozí otázce.



Graf 19 dotazník 3 (vlastník)

Z grafu vyplývá, že **87 %** tedy dvaceti dětem se cvičení líbilo a budou ho provozovat i nadále. Vybraly proto odpověď **ano**, tedy zelenou fajfku. **13 %** tedy třem se cvičení vůbec nelíbilo, cvičit nadále nebudou a pohybový návyk nebyl vytvořen.

U všech grafů byla vyřazena jedna odpověď nekomunikujícího cvičence. Zde by nebyly výsledky objektivní.

6 Diskuze

V úvodu práce jsem si stanovila hlavní cíl práce, dílčí cíle práce a problémové otázky. Nyní bych je chtěla objasnit.

Hlavním cílem mé diplomové práce bylo sestavení jednoduchých cviků pro děti s mentálním postižením, které navštěvují Základní školu speciální. Proto mé první tři hypotézy byly zaměřeny na cviky z testové baterie. Podařilo se mi sestavit smysluplnou testovou baterii. Cviky se během testování osvědčily a pomohly dětem zlepšit jejich fyzický stav.

Dále jsem pokračovala v testování říkanky. Zde bylo cílem, aby říkanka dětem usnadnila návaznost cviků a motivovala je ke cvičení. Motivující efekt říkanky rozhodně měla. Děti se na cvičení těšily, a i když se mi nepodařilo u všech docílit jejího osvojení, tak rozhodně pomohla s návazností cviků. Při osvojování pomáhaly dětem paní učitelky a vychovatelky, které říkanku předříkávaly a ukazovaly jim, jaké cviky mají zrovna provádět. Mile mě potěšilo, že říkanka sklídila úspěch, protože nejsem zrovna rozený básník a má tvorba není nikterak valná.

Poslední částí práce bylo dotazníkové šetření, zaměřené na oblíbenost říkanky a rozcvičky. A co bylo nejdůležitější, na vytvoření pohybového návyku. Těmito problémy jsem se zaobírala v hypotézách číslo pět, šest a sedm.

Nyní bych se v této části práce chtěla zaměřit na to, zdali se mé hypotézy potvrdily nebo naopak vyvrátily.

Hypotéza č. 1: Předpokládám, že nejméně 15 dětí si osvojí cviky ve správné podobě během prvního měsíce testování.

Tato hypotéza se nepotvrdila. Osvojit si cviky ve správné podobě, se podařilo během prvního měsíce testování, pouze osmi dětem. I tak si myslím, že vzhledem k postižení, které děti mají, můžeme toto číslo považovat za úspěch. Za první měsíc testování se mi tedy potvrdilo, že cviky byly zvoleny adekvátně postiženým. Avšak našli se čtyři jedinci, kteří ani do konce výzkumu nebyli schopni kvůli svému postižení cviky provést. S tím se však muselo počítat již v úvodu testování. Co se týče zaznamenávání správného provedení cviků, museli jsme přihlížet k odlišné stavbě těla těchto dětí, tudíž nemůžeme srovnávat výkony zdravých jedinců s mentálně postiženými. Jak již bylo zmíněno v teoretické části práce, tyto

děti velmi často trpí obezitou. V mém vzorku bylo patnáct dětí, trpící touto chorobou. Z toho vyplývá, že některé cviky pro ně byly značně obtížné. Jednalo se především o cvik s názvem dřep. Kde už jen po jediném opakování, byli tito jedinci zadýcháni, a jejich barva se změnila do červena. Další cvik, který můžeme zařadit do problémových, byl jednoznačně hluboký ohnutý předklon. Díky odlišnostem v zakřivení páteře a zkráceným svalům dolních končetin, děti nebyly schopné se správnému provedení ani přiblížit. Nastávaly zde také problémy s koordinací. Avšak v závěru testování došlo u tohoto cviku ke zlepšení.

Hypotéza č. 2: Předpokládám, že během druhého měsíce testování selepší kvalita prováděných cviků u všech testovaných.

Bohužel ani tato hypotéza se mi nepotvrdila. Myslím si, že to bylo způsobeno mým optimistickým pohledem na situaci. Čtyři cvičenci bohužel osvojení cviků nezvládly a nedošlo u nich ke zlepšení. Tyto děti trpí středně těžkou formou mentální retardace a spolupráce s nimi je značně obtížná. Navíc ke svému onemocnění mají přidruženou obezitu a dva z nich trpí epilepsií, vadou zraku a mají velké problémy s motorikou. U ostatních testovaných však k pokroku skutečně došlo. Na závěr druhého měsíce testování se zvýšil počet dětí, které cviky zvládnou bez pomoci i s jejich návazností na patnáct. A šest dětí cviky zvládne, avšak má potíže s pořadím. Navzdory nepotvrzené hypotéze si myslím, že děti udělaly velký pokrok a cvičení jim opravdu pomohlo zlepšit jejich aktuální zdravotní stav. Bohužel to však s jistotou nemohu říci, protože děti mají ještě jiné terapie, díky nimž se jejich zdravotní stav stabilizuje nebo zlepšuje. Mají do programů zařazeny různé rehabilitace, masáže, canisterapie, které musíme brát v potaz.

Hypotéza č. 3 Předpokládám, že během třetího měsíce testování dojde k úplnému osvojení prováděných cviků, alespoň u devatenácti cvičenců.

Tato hypotéza se potvrdila. Skutečně dvacet cvičenců bylo v závěru testování schopno provádět cviky bez pomoci. Jak již bylo několikrát zmíněno, děti cviky prováděly samostatně, avšak správné provedení se muselo brát opravdu s rezervou. Co se týče samotných cviků, nejproblematictější ze všech byl stále hluboký ohnutý předklon. Jeho provedení se ani v závěru testování nepřiblížilo mým prvotním představám. U cviků mobilizačních jsem velké potíže nezaznamenala. Je pravda, že některé děti měly menší problémy s koordinací. Docílit toho, aby všichni provedli úklon na správnou stranu, bylo

téměř nemožné. Nepatrné problémy se také objevily při krouživých pohybech v předloktí a v zápěstí. To bylo způsobeno jejich sníženou pohyblivostí a nedokonalou motorikou. Nejméně problematický cvik byl leh na zádech s rukama ve vzpažení. Tento cvik sloužil k protažení zádových a prsních svalů. Malé problémy se vyskytly při zkoordinování horní a dolní poloviny těla. Kdy se děti tzv. vyťahovaly z rukou i nohou. Po prvním měsíci testování však tento problém téměř u všech testovaných vymizel. Následovalo přetočení a leh na břiše. Tento cvik sloužil k uvolnění páteře a koordinaci dechu. Zde se nijak neměnila poloha těla, proto nedocházelo k velkým opravám. Pouze jsme museli dbát na to, aby cvičenci správně dýchaly. Kočičí hřbet byl jedním z náročnějších cviků. Zde velmi často docházelo k prohýbání páteře a problémům s koordinací. Také se objevovalo prohýbání horních končetin v oblasti loktů. Při stoji docházelo ke špatnému postavení páteře, což je u těchto dětí dáno fyziognomicky. Na závěr byl zvolen dřep. Víím, že dřep a jeho správné provedení je náročné i u zdravých jedinců, zde však byl zařazen z důvodu motivace. Děti se těšily, až si na závěr cvičení budou moci radostně povyskočit.

Jsem ráda, že se tato hypotéza potvrdila, protože to znamená, že testová baterie funguje a děti jsou schopné cviky provést. Toto zjištění mi pomůže do mé další pedagogické praxe. V budoucnu bych se ráda k této testové baterii vrátila a znovu ji použila. Věřím, že by se mi podařilo prodloužit dobu testování a docílili bychom dalších pokroků u dětí s mentálním postižením. A zaznamenali dlouhodobý vliv na jejich vývoj.

Hypotéza č. 4: Předpokládám, že do konce prvního měsíce testování si alespoň osm dětí osvojí říkanku, která jim má pomoci si snadněji cviky zapamatovat.

Tato hypotéza se potvrdila. Hypotéza byla stanovena na základě účinnosti říkanky. Kdyby děti nebyly schopné si říkanku zapamatovat, postrádalo by smysl v ní nadále pokračovat.

Po prvním měsíci testování skutečně sedm dětí již říkanku ovládalo s dopomocí a dvě děti ji ovládaly zcela bez pomoci. Zde však opět nemůžeme považovat za chybu, když cvičencům paní učitelky trochu napoví. Děti bývají totiž nejisté, a i když říkanku znají potřebují ujištění, že ji říkají správně. Myslím si, že k rychlému zapamatování také přispělo nakopírování

říkanky dětem domů. Měly tak možnost si ji pročítat společně s rodiči i doma a rychleji si ji zapamatovat.

Hypotéza č. 5 Předpokládám, že u 80 % dětí dojde k vytvoření trvalého pohybového návyku a v rozcvičce budou pokračovat i nadále.

Tato hypotéza se potvrdila. 87 % dětí v dotazníku na otázku, zdali budou cvičit i nadále odpovědělo kladně. Což považuji za velký úspěch, jelikož se jednalo o můj hlavní cíl. Aby se dětem cvičení líbilo, vytvořily si pohybový návyk a zlepšily svoje dovednosti. Mým budoucím cílem, jak již jsem zmínila výše, je testovou baterii použít znovu a ověřit, zdali se pohybový návyk skutečně vytvořil. Doufám, že děti neodpověděli v dotazníku nepravdivě, a i kdyby polovina z nich v pravidelném cvičení pokračovala, bylo by to skvělé!

Hypotéza č. 6: Předpokládám, že více jak 50 % testovaných se říkanka bude líbit a v dotazníku ji označí jako skvělá, 30 % ji označí jako průměrná a 20 % jako podprůměrná.

Tato hypotéza se opět potvrdila. 73,9 % cvičenců v dotazníku označili říkanku smajlíkem skvělá, 21,7 % jako průměrná a pouhé 4,3 % jako podprůměrná. Tato otázka tedy ukázala, že dětem se říkanka moc líbila a rády se ji učily. Co se týče účelu, k jakému byla říkanka vytvořena. Tak i zde skutečně splnila svoji funkci. Pomohla dětem zapamatovat si návaznost cviků a motivovala je do cvičení. Když si ji děti totiž předříkávaly, postupem času přišly samy na to, že slova skutečně nebyla volena náhodně a napovídají jim, který cvik bude následovat. Proto soudím že má říkanka skutečně plnila svůj účel.

Hypotéza č. 7: Předpokládám, že více jak 75 % testovaných označí rozcvičku jako skvělá, 20 % jako průměrná a 5 % jako podprůměrná.

Tato hypotéza se nepotvrdila. Jako skvělou označilo rozcvičku 69,6 % dětí. Což odpovídalo počtu šestnáct. Myslím si, že toto číslo odpovídá počtu dětí, které testovou baterii zvládly, a i přes počáteční problémy docílily jejího osvojení. Jako podprůměrnou ji označilo 4,3 %, což odpovídá v přepočtu pouhému jednomu dítěti. Tento fakt poukazuje na to, že se dětem říkanka skutečně líbila a pomohla jim se skladbou cviků a smajlíkem průměrná ji označilo celkem 26,1 %. Zároveň říkanka také pomáhala dětem s rozvojem řeči. Hned v úvodu měly možnost trénovat hlásku r, při výslovnosti dobrý den.

7 Závěry

Cílem diplomové práce bylo vytvoření ranní rozcvičky pro děti s mentálním postižením. Dílčími cíli práce bylo sestavení testové baterie, která obsahovala ucelený soubor cviků, na základě konzultace s pedagogy a prostudované literatury. Tyto cviky byly doplněny říkankou, která sloužila jako motivace žáků ke cvičení a napomáhala jim se zapamatováním posloupnosti cviků. Na základě těchto cílů byly stanoveny problémové otázky, které přímo vycházely z cílů práce.

První měsíc jsem ověřovala samotnou funkčnost testovací baterie, a proto byly také stanoveny hypotézy s číslem jedna a čtyři. Na potvrzení či vyvrácení těchto hypotéz stál můj budoucí výzkum. Pokud by nebyla testová baterie účinná, nemělo by smysl nadále v testování pokračovat. Baterie se po prvním měsíci testování osvědčila, avšak musela jsem přihlížet ke zdravotnímu stavu žáků a brát v potaz jejich možnosti. Po dobu celého výzkumu mi velmi pomáhali zdejší pedagogové s předcvičováním a opravováním dětí. To mi velmi ulehčilo práci. Poté jsem si stanovila hypotézy číslo dvě a tři. Ty se zabíraly samotnými pokroky u cvičenců. Jak název práce napovídá, zajímalo mě, jaký vliv bude mít testová baterie na vývoj mentálně postižených dětí, a jak se zlepší v osvojování cviků a říkanky. Za tři měsíce testování se neodvážuji tvrdit, že má baterie bude mít trvalý vliv na vývoj dětí, ale z pokroků, které pro mě zachytili pedagogové mohu soudit, že zlepšení se dostavilo. Děti se dle pedagogů zlepšily v sebeobsluze. Lépe zvládaly chůzi ze schodů, oblékání nebo třeba koordinaci pohybů při svačení. Také zaznamenaly pozitivní vliv na jejich posez ve školních lavicích. U říkanky došlo u některých jedinců ke zlepšení výslovnosti hlásky r. Avšak tyto změny jsou ovlivněny řadou faktorů, proto je nemohu vyhodnocovat pouze na základě mého testování.

Dalším cílem práce, bylo vytvoření trvalého pohybového návyku. Během testování jsme mohli pozorovat kladný vliv na jejich vývoj. K ověření pohybového návyku sloužilo dotazníkové šetření. Zde měly děti za úkol, zaškrtnou pomocí smajlíků, zdali se jim cvičení a říkanka líbilo a budou v něm i nadále pokračovat. Zde pouze tři cvičenci odpověděli negativně. Z těchto výsledků usuzuji, že cvičení zařadí do svého každodenního života. Toto své tvrzení bych chtěla v budoucnu znovu ověřit, zdali se skutečně potvrdí a pohybový návyk

bude vytvořen. Jak z výsledků práce vyplývá, děti se na cvičení těšily a pomohlo jim s jejich potížemi. Velká většina z nich dosáhla osvojení cviků a s tím související zlepšení koordinace, svalových dysbalancí a částečného zlepšení vad a ochabnutí svalů podél páteře. Proto shledávám moji práci přínosnou, zejména pro děti. Ale i pedagogy, kteří moji rozcvičku mohou nadále využívat.

V závěru bych chtěla říci, že jakákoliv spolupráce s postiženými dětmi je značně náročná, ale rozhodně stojí za to, abychom jim věnovali náš čas a energii. Protože i malý pokrok u těchto dětí, může znamenat velké vítězství. Věřím, že se v průběhu své pedagogické praxe do Základní školy speciální vrátím a svůj započatý výzkum dokončím. Snad tím i pomohu dětem s vytvořením pohybového návyku. Zmírním důsledky obezity, která je velkým a častým problémem postižených jedinců. A motivuji je do zdravého životního stylu.

8 Seznam použitých informačních zdrojů

1. **Alvin, J., Warwick, A.** *Music Therapy For The Autistic Child*. New York, USA: Oxford University Press, 1992. ISBN 0198162766.
2. **Černá, Marie. 1985.** *Rehabilitace mentálně retardovaných tělesnou výchovou*. Praha : Univerzita Karlova, Praha, 1985. str. ISBN 160. 60-03385.
3. **Best, J. S., Heller, K. W., Bigge, J.L.** *Teaching Individuals with Physical or Multiple Disabilities*, Fift Edition. Upper Saddle River, New Jersey, 2005, 569 s. ISBN 0-13-1121227.
4. **Dolejší, Mojmír. 1978.** *K otázkám psychologie mentální retardace*. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, n.p., 1978. str. ISBN 192. 08-065-78.
5. **Fürnschuß-Hofer, Simone.** *Život je krásný*. 1. Praha, 2019. ISBN 978-80-7354-104-0.
6. **František Škvára, Vojmír Srdečný. 1966.** *Teorie vyučování zvláštní tělesné výchovy*. Praha : Univerzita Karlova Praha, 1966. str. ISBN 122. 1021-5380.
7. **Hartlová, Helena a Pavel Hartl.** *Psychologický slovník*. 1. Praha: Portál, 2000. ISBN 807178303X.
8. **Hell, Eleanor.** *Malá kniha jógy*. 1. Praha: Dobrovský, 2019. ISBN 978-80-7585-583-1.
9. **Jankovský, J.** *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. Praha: Triton, 2001, 173 s. ISBN 80-7254-192-7.
10. **Kábele, František. 1988.** *Rozvíjení hybnosti a řeči dětí s dětskou mozkovou obrnou*. Praha : Univerzita Karlova v Praze, 1988. str. ISBN 173. 1021-5594.
11. **Kamenická, Mgr. Petra. 2019.** *Specifika zaměstnávání osob s mentálním postižením*. Brno : autor neznámý, 2019.
12. **Kobzová, Anna. 2002.** *Míč je tu pro nás- I my ho máme rádi*. Brno : Paido, edice pedagogické literatury, 2002. str. 55. ISBN 80-7315-015-8.
13. **Kol. autorů 2008.** *Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělání základní škola speciální*. Praha: výzkumný ústav pedagogický v Praze
14. **Krejčířová, Dana a Josef Langmeier.** *Vývojová psychologie*. 1. Praha: Psyché, 2006. ISBN 978-80-247-1284-0.

15. **Kulhánková, Eva**, *Písničky a říkadla s tancem*. 1. Praha: Portál, 1999. ISBN 978-80-262-0994-2.
16. **Lečbych, Martin**. 2008. *Mentální Retardace v dospívání a mladé dospělosti*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta, 2008. str. 248. Sv. 1. ISBN 978-80-244-2071-4.
17. **Lechta, Viktor**. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. 1. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-433-5.
18. **Mareš, Jiří, Jan Průcha a Eliška Walterová**. *Pedagogický slovník*. 6. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-647-6.
19. **Marie Černá a kol.,** 2015. *Česká psychopedie, Speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Praha : Karolinum, 2015. str. 222. ISBN 978-80-246-3071-7.
20. **Matějček, Zdeněk**. *Co děti nejvíc potřebují*. 1. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0853-2.
21. **Nelson, Arnold G. A Jouko Kokkonen**. 2009. *Strečink na anatomických základech*. Praha : Grada, 2009. str. 143. ISBN 9788024727844.
22. **Nováček, Vojtěch, Vladislav Mužík a Jitka Kopřivová**. 2001. *Vybrané kapitoly z teorie a didaktiky tělesné výchovy*. Brno : Masarykova univerzita v Brně, 2001. str. 46. ISBN 8021026421.
23. **Pajalunga, Lorena**. *Hravá jóga – Základní jógová abeceda, jak ji cvičí zvířátka*. 1. Praha: Pikola, 2018. ISBN 978-80-7549-788-8.
24. **Paramhans Svámí Mahéšvaránda**. *Jóga pro děti a mládež*. 1. Praha: Mladá fronta, 2019. ISBN 1532172165-57016949.
25. **Říčan, Pavel a Dana Krejčířová**. *Dětská klinická psychologie*. 1. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1049-5.
26. **Strnad, Pavel**. 1987. *Vybrané kapitoly z tělesné výchovy zdravotně oslabených*. Praha : Univerzita Karlova v Praze, 1987. str. 165. ISBN 1041-5094.
27. **Suchá, Romana**. *Veršované rozcvičky pro kluky a holčičky*. 1. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0633-0.

28. Švarcová, Iva. 2011. *Mentální retardace*. Praha : Portál, 2011. str. 224. Sv. 4. ISBN 978-80-7367-889-0.
29. Valenta a Müller. *Psychopedie: Teoretické základy a metodika*. 1. Praha: Praha, 2003. ISBN 80-7320-039-2.
30. Vágnerová, Marie. *Vývojová psychologie*. 1. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2012. ISBN 9788024621531.
31. Vévodová, Helena. *Cvičení s říkankou pro malé děti*. 1. Praha: Edika, 2019. ISBN 978-80-266-1374-9.
32. Zítko, Skopová Marie a Miroslav. 2013. *Základní gymnastika. 3., upr. vyd.* Praha : Karolinum, 2013. str. 199. ISBN 9788024621944.

Použité elektronické zdroje:

1. Základní školy speciální [online]. [cit. 2019-9-05]. Dostupné z: http://www.nuv.cz/t/zakladni-skoly-specialni?fbclid=IwAR3jSGF-prRHEQNUjZuMTrkz6XL7hkwl04ReRUgPk_KN11NprbruqzaFE4
2. O škole. Základní škola Mladá Boleslav [online]. [cit. 2019-9-1]. Dostupné z: http://www.zsspecmb.cz/oskole.htm?fbclid=IwAR2nt0XQGnw7P5jB7ANNxu9M5FY6lkvirjtb4PaqmHMrYc_d0BH2krOFcLQ
3. CIKOVÁ, Veronika. Jóga pro zdravá záda: ano či ne? Yoga point [online]. 21. 1. 2019 [cit. 2019-9-04]. Dostupné z: <http://www.yogapoint.cz/joga/otazkyodpovedi/joga-zdrava-zada-ano-cine/?fbclid=IwAR3BsljLqiLfbfmzIx9Z51DAiZK9Jn6va1UpWYgJ7DOKV6hsHVResJqkcc>
4. Mýty a realita. DownSyndrom CZ [online]. [cit. 2019-11-10]. Dostupné z: http://www.downsyndrom.cz/downuv-syndrom/myty-arealita.html?fbclid=IwAR0FIiveLKed0em7ffat9N6xM7r1IVBIGiapB_mIvLIAoehu_S-TRJvd8miU

9 Seznam obrázků

Obrázek 1 Popis mentální retardace (Švarcová, 2011 str. 37).....	10
Obrázek 2 Vybavení třídy http://www.zsspecmb.cz/o-skole.htm	32

10 Seznam grafů

Graf 1 září – říkanka 1(vlastní).....	52
Graf 2 září – říkanka 2(vlastní).....	53
Graf 3 říjen – říkanka 3(vlastní)	54
Graf 4 říjen- říkanka 4(vlastní).....	55
Graf 5 říjen- říkanka 5 (vlastní).....	56
Graf 6 říjen- říkanka 6 (vlastní).....	57
Graf 7 listopad- říkanka 7 (vlastní).....	58
Graf 8 listopad- říkanka 8 (vlastní).....	59
Graf 9 cviky září1 (vlastní).....	60
Graf 10 cviky září 2 (vlastní)	61
Graf 11 cviky říjen 4 (vlastní)	62
Graf 12 cviky říjen 5 (vlastní)	63
Graf 13 cviky říjen 6 (vlastní)	64
Graf 14 cviky listopad 7 (vlastní)	65
Graf 15 cviky listopad 8 (vlastní)	66
Graf 16 cviky listopad 9 (vlastní)	67
Graf 17 dotazník 1 (vlastní).....	68
Graf 18 dotazník 2 (vlastní).....	69
Graf 19 dotazník 3 (vlastní).....	70

11 Seznam příloh

Příloha č. 1 Dotazník.....	2
Příloha č. 2 Pozdrav slunci.....	4
Příloha č. 3 Souhlas rodičů.....	4
Příloha č. 4 Fotodokumentace.....	5

Příloha č. 1: dotazník

Říkanka a rozcvička

Ahoj kamarádi,

jak už všichni dobře víte, jmenuji se Klára Vaňková a jsem studentkou Pedagogické fakulty UK, byla bych moc ráda, kdybyste mi vyplnily tento krátký dotazník do mé diplomové práce s názvem: „*Pravidelný pohyb a jeho vliv na vývoj dětí s mentálním postižením.*“

Předem moc děkuji!



1. Jak se ti líbila říkanka?



☐ Skvělá!



☐ Průměrná!



☐ Podprůměrná!



2. Jak se ti líbila ranní rozcvička?



☐ Skvělá!

☐ Průměrná!

☐ Podprůměrná!

3. Budeš cvičit i nadále?



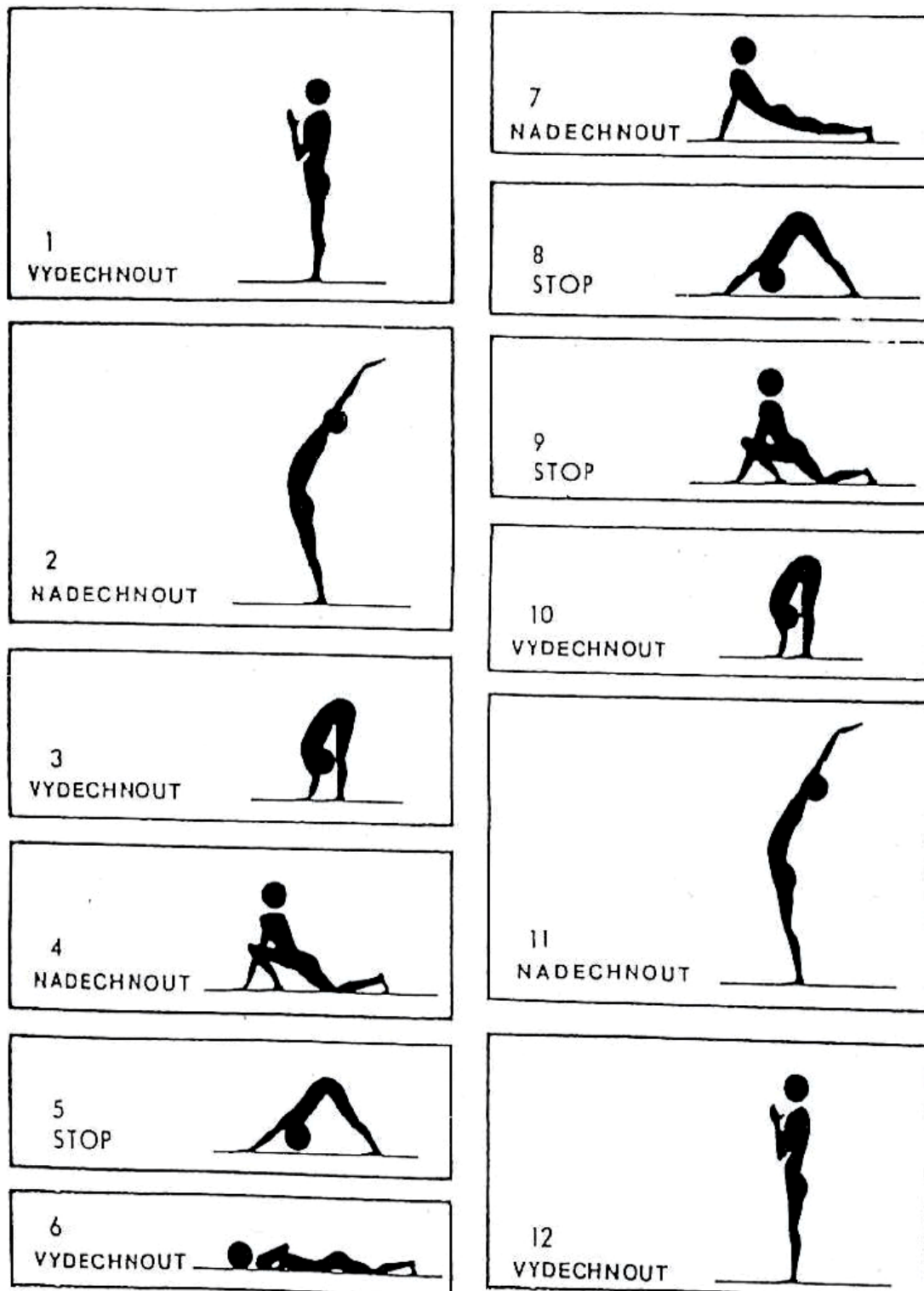
☐ Ano!

☐ Ne!

Mockrát děkuji za vyplnění!

Příloha č. 2: pozdrav slunci

POZDRAV SLUNCI S UVEDENÍM DÝCHÁNÍ



Příloha č. 3: Souhlas rodičů

Vážení rodiče,

jsem studentkou Pedagogické fakulty Univerzity Karlovi v Praze a píši diplomovou práci na téma: „*Pohyb a jeho vliv na vývoj mentálně postižených dětí.*“ Budu pomocí Základní školy speciální ověřovat svoji testovou baterii, zaměřenou na vybudování pohybového návyku. Vše bude probíhat ráno, před začátkem vyučování, ve společenské místnosti. Samozřejmě pod dozorem pedagogů. Pokud souhlasíte s tím, aby se vaše dítě zapojilo do testování a pomohlo mi tak s mým výzkumem, byla bych Vám vděčná!

Souhlasím s účastí ve výzkumu ANO/NE

Podpis.....

V Mladé Boleslavi

Dne 5. 9. 2019

Příloha č. 4: Fotodokumentace



